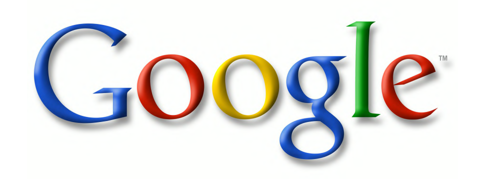
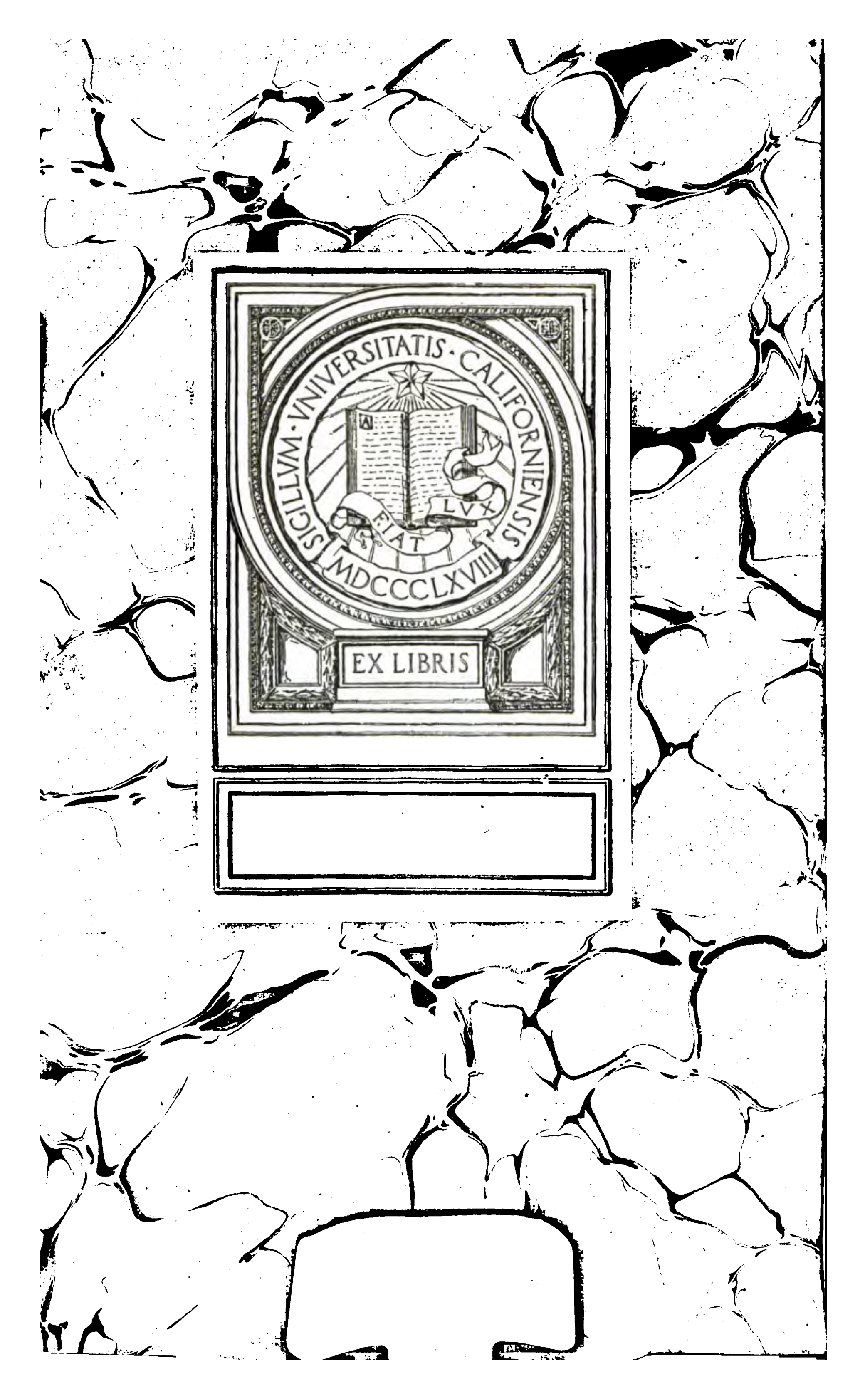
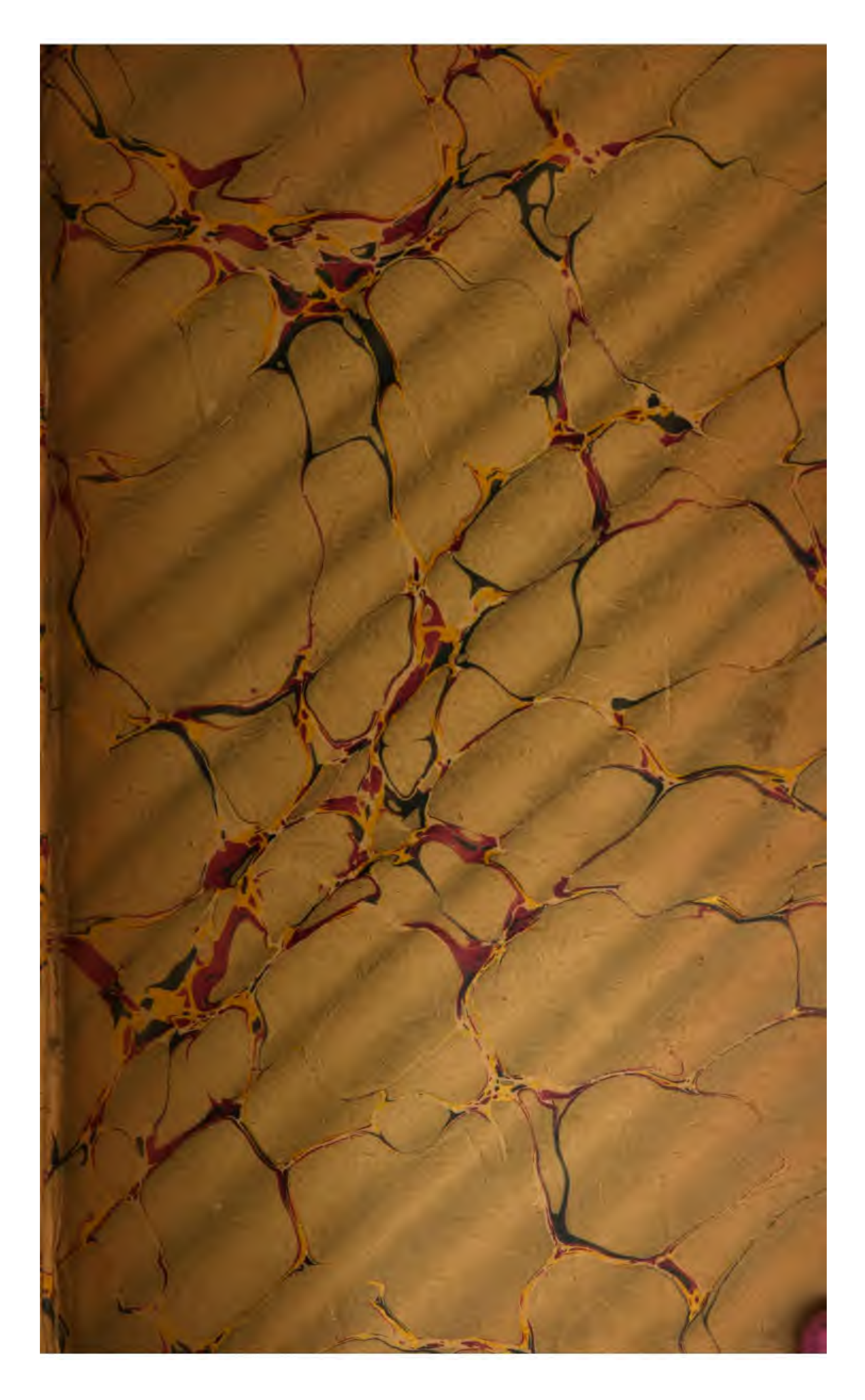




SIGILLVM · VNIVERSITATIS · CALIFORNIENSIS
FIAT LVX
MDCCCLXVIII
EX LIBRIS



RECHERCHES

SUR

L'ÉPILEPSIE, L'HYSTÉRIE

ET L'IDIOTIE

PUBLICATIONS DU *PROGRÈS MÉDICAL*

RECHERCHES

CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

SUR

L'ÉPILEPSIE, L'HYSTÉRIE

ET L'IDIOTIE

COMPTE-RENDU DU SERVICE
DES ENFANTS IDIOTS, ÉPILEPTIQUES ET ARRIÉRÉS DE
BICÊTRE PENDANT L'ANNÉE 1902

PAR

BOURNEVILLE

Avec la collaboration de

MM. AMBARD, BERTHOUD, BLUMENFELD (M.),
BOYER (J.), CROUZON, LEMAIRE, MOREL (L.),
OBERTHUR, PAUL-BONCOUR, PHILIPPE ET POULARD.

Volume XXIII
Avec 38 figures dans le texte et 9 planches.



PARIS

AUX BUREAUX DU
PROGRÈS MÉDICAL
14, rue des Carmes, 14.

FÉLIX ALCAN
ÉDITEUR
108, Boulevard St-Germain, 108.

1903

PREMIÈRE PARTIE

Histoire du service pendant l'année 1902

(Bicêtre et Fondation Vallée)

PREMIÈRE PARTIE

SECTION I : **Bicêtre**

Histoire du Service pendant l'année 1902.

I.

SITUATION DU SERVICE. — ENSEIGNEMENT PRIMAIRE.

Les enfants de la *quatrième section* du quartier des aliénés de l'hospice de Bicêtre sont répartis en trois groupes principaux : 1° Les *enfants idiots*, *gâteux*, *épileptiques* ou *non*, mais INVALIDES (Bâtiment Séguin); — 2° les *enfants idiots*, *gâteux* ou *non*, mais VALIDES ; — 3° les *enfants propres*, *valides*, *imbéciles*, *arriérés*, *instables*, *pervers*, *épileptiques* et *hystériques* ou *non*.

*
* *

I. *Enfants idiots, gâteux, épileptiques* ou *non*, mais INVALIDES. — Ce premier groupe est subdivisé en deux catégories. La première se compose des enfants *idiots complets*, ne parlant, ni ne marchant, considérés généralement, à tort comme tout à fait

incurables. La plupart d'entre eux sont, contrairement à l'opinion courante, susceptibles d'amélioration, même à *un degré très notable.*

On fortifie leurs jambes avec la *balançoire-tremplin*; on leur apprend ensuite à se tenir debout à l'aide des *barres parallèles*; à marcher, soit en les tenant sous les bras, soit à l'aide du *chariot*; on fortifie leurs membres en exerçant successivement chaque jour toutes les articulations *(exercices des jointures)*, en leur faisant des *frictions* stimulantes, etc.

En 1902, trois enfants ont *appris à marcher* (1); trois enfants ont été *guéris* du *gâtisme* (2) et trois ont *appris à manger seuls* (3). Avec une meilleur utilisation du personnel, il serait possible d'obtenir de plus nombreuses améliorations.

Dès qu'un enfant marche sans aide, il doit être envoyé à la *Petite École*, le matin pendant une heure ou deux, puis toute la journée, aussitôt que ses forces le permettent. Tous ces enfants sont placés sur les petits *fauteuils* spéciaux que nous avons décrits, à l'usage des gâteux (3).

La *seconde catégorie* comprend les *idiots* absolument *incurables*, en beaucoup plus petit nombre qu'on ne le croit d'habitude, et les *épileptiques* devenus *déments* et *gâteux* sous l'influence des accès ou des poussées congestives qui les compliquent; ils ne peuvent plus être que l'objet de soins hygiéniques et doivent former un groupe spécial. Aussi sont-ils réunis et surveillés dans un sous-sol aménagé pour

(1) Dup..., Mart.., Guill... — (2) Bois..., Chatel..., Bus... — (3) Bin.., Chatel,.., Ca...

(3) Lors de notre arrivée dans le service les enfants étaient assis sur des alèzes. Les fauteuils imaginés par nous sont en tubes de fer recouverts d'un coussin largement percé au-dessous duquel est fixé un vase en porcelaine afin d'être facilement lavé. Cette pratique a réalisé une notable économie de linge pour l'Administration, sans compter que les enfants y ont gagné du bien-être.

eux, durant le jour, en mauvaise saison, car, lorsque le temps le permet, ils sont promenés dans les jardins. Ce sous-sol sert également à d'autres enfants, qui nous arrivent *tardivement* à 15, 16, et même 17 ans, idiots ou épileptiques en déchéance, dont l'*incurabilité* est reconnue et que nous avions été obligé jusqu'à l'année dernière, de maintenir dans les écoles, où ils étaient une occasion de trouble, qu'ils contribuaient à encombrer, même à infecter par leur gâtisme, sans aucun bénéfice pour eux et au grand détriment des enfants éducables. Ces malades absolument incurables sont au nombre de quinze. Nous les examinons de temps en temps et lorsqu'il se produit chez l'un d'eux un arrêt dans la déchéance, une sorte d'amélioration, nous le faisons remonter dans la 4me classe de la grande école.

* * *

II. *Enfants idiots gâteux ou non gâteux, épileptiques ou non, mais* VALIDES (*Petite École*). — Ces enfants fréquentent la petite école, confiée exclusivement à des *femmes*. Dans le courant de l'année, 174 enfants y ont été inscrits. Sur ce nombre, 5 sont décédés, 2 sont sortis définitivement, 5 ont été transférés, 2 sont passés dans une des sections d'adultes.

Sur 160 enfants qui restaient à la petite école au 31 décembre 1902, 15 ne mangent pas seuls, 60 se servent de la cuiller, 60 de la cuiller et de la fourchette et 25 se servent de la cuiller, de la fourchette et du couteau. — Six enfants de ce groupe sont *devenus propres* (1) ; 5 ont appris à manger seuls (2) ; 3 ont appris à lire couramment (3) et 6 sont en bonne voie (4).

---

(1) Jul.., Lego.. (L.), Lois.., Lecourt.., Lego.. (A.), Hour.. — (2) Dubr.., Lecha.., Dupo.., Schneid.., Lecourt.. — (3) Duf.., Desnoy.., Copp.. — (4) Boul.., Dolign.., Brant.., Sim.., Goe.., Lam.. (G.)

Le *traitement du gâtisme*, qui consiste à placer, au lever, au coucher, au milieu de la nuit et après chaque repas, les enfants gâteux sur les sièges d'aisance et qui a pour but principal d'amener l'enfant gâteux à devenir propre, fait également réaliser à l'Administration des économies notables de blanchissage. Comme l'année dernière, nous avons fait faire par la surveillante du service le relevé des enfants ayant déféqué au siège *après les repas*, durant les 5 premiers jours de chaque mois. Voici ce relevé qui a porté sur une moyenne de 50 enfants gâteux.

MOIS.	JOURS.					TOTAL.
	1.	2.	3.	4.	5.	
Janvier	20	17	15	19	18	89
Février	14	17	19	18	17	85
Mars	22	20	17	20	18	97
Avril	23	20	17	21	24	105
Mai	19	21	18	19	22	99
Juin	15	19	17	19	20	90
Juillet	19	24	21	21	19	104
Août	17	16	19	22	17	91
Septembre	21	23	20	24	21	109
Octobre	24	21	23	19	20	107
Novembre	19	20	24	20	21	104
Décembre	16	16	19	21	20	92
TOTAUX	229	234	229	243	237	1.172

Comme on le voit, en 60 jours, nous avons fait à l'Administration une économie de blanchissage de 1172 chemises, soit pour l'année près de *sept mille chemises*, sans compter les économies réalisées, au dortoir, la nuit, pour les *chemises* et les *draps*, par la pose des enfants sur les sièges, au coucher, au milieu de la nuit et au lever, ainsi que nous l'avons dit plus haut. Il en est ainsi depuis 1880.

Tous les enfants de la *Petite école*, sont exercés au saut, à la montée et à la descente des escaliers, à la gymnastique des échelles et des ressorts, sauf ceux qui, venus du premier groupe, c'est-à-dire des INVALIDES, étant encore trop infirmes, n'ont pu y prendre part. Dix-huit enfants de la *petite école* et de la *petite école complémentaire*, dont nous allons parler plus loin, ont fait régulièrement les exercices de la grande gymnastique. Vingt-deux enfants ont travaillé cette année dans les différents *ateliers :* tailleurs, cordonniers, vanniers, brossiers, imprimeurs, serruriers, menuisiers et jardiniers.

La *petite école* comprend : 1° le *traitement du gâtisme*, exposé précédemment ; 2° les *leçons de toilette* qui consistent à apprendre aux enfants à se laver la figure et les mains, à s'habiller, se déshabiller, brosser, ranger leurs vêtements ; 3° les leçons de table qui consistent à leur enseigner à manger seuls, à se laver la bouche, à se gargariser, etc. ; 4° les exercices pour l'*éducation de la main*, des *sens* et de la *parole ;* 5° les *exercices élémentaires* relatifs à l'*enseignement primaire*, pour lesquels nous nous servons de la *Nouvelle méthode* de M. J. Boyer, l'un de nos plus anciens et dévoués collaborateurs, *pour l'enseignement de la lecture*, de l'*Alphabet du dessin* de Mme Bru, ensuite du *Syllabaire* Regimbeau ; 6° les *leçons de choses*, soit à l'école, soit dans les *jardins* (avec le *tableau roulant)*, soit au *Musée scolaire*, soit aux *ateliers*, soit enfin dans les *promenades* (1).

Voici quelques détails sur plusieurs des *enfants les plus malades* (idiots profonds) *améliorés* à la petite école, par Mlles Blanche AGNUS, Amandine BOHAIN et leurs collaboratrices.

---

(1) Voir *Compte-rendu* de 1899, pour tous les procédés en usage à la section des enfants arriérés et épileptiques.

SOU.... (Lucien, 8 ans. — (*Imbécillité,* a continué de s'améliorer, au point de vue de son langage, qui était presque incompréhensible, de son caractère, violent malgré son jeune âge, de ses colères fréquentes et quotidiennes. Il refusait de travailler, ne supportait à côté de lui aucun autre enfant, entrait dans de violentes colères, injuriait tout le monde, jetait de tous côtès les objets qui se trouvaient sous sa main.

Actuellement, l'enfant est plus calme, son travail à la classe ainsi qu'à la gymnastique, est bon. Sa tenue s'est modifiée avantageusement. Il se lave, s'habille, se lace, se boutonne et se tient plus propre.

Progrès à noter aussi sous le rapport des leçons de choses.

HOU... (Charles), 8 ans. —*Idiotie, épilepsie, turbulence* ; — *Absence de la parole,* et compréhension presque nulle.

Actuellement l'enfant parle, fait des phrases, il rapporte même sur les autres enfants, et bien qu'il ait lui-même un langage un peu ordurier, il se trouve blessé quand un autre enfant prononce un mot grossier. Il dit tous les mots, chante bien et juste.

Il est devenu propre, va seul sur le siège et a été fier d'être mis en pantalon. Quelques progrès sont à noter concernant le lavage, la gymnastique, les exercices d'habillement (nouer, lacer, boutonner) et sur les couleurs. Les accès sont moins fréquents.

RE... (Henri, Paul), 8 ans. — *Idiotie, gâtisme, absence de langage.* — Enfant grand gâteux, privé de compréhension et doué d'une grande indifférence, mis dans les premiers temps de son entrée au milieu des enfants de la fanfare afin de se rendre compte s'il entendait le bruit; le résultat a été nul et aucun mouvement de sa part n'a prouvé qu'il entendait. L'enfant avait l'air hébété, ne souriait jamais et ne répondait pas à l'appel de son nom.

Tous les exercices qu'on voulait lui faire faire provoquaient chez lui des cris perçants. Il avait l'habitude de se cogner la tête et chaque fois qu'on lui parlait, il la cognait davantage. Il était enclin à de nombreux *tics* existant encore aujourd'hui mais moins fréquents.

Actuellement, l'enfant commence à comprendre, sourit, chantonne, est devenu caressant et affectueux. Il reste à présent sur le siège, se baisse lorsqu'il a besoin, n'est cepen-

dant pas encore propre et quand il s'adonne à un tic quelconque et qu'on le gronde il s'arrête.

L'enfant qui, à l'entrée, ne mangeait pas seul et refusait tous les aliments, voire même les friandises, mange mieux, tient lui-même la cuiller. Remarque curieuse à noter, l'enfant *ne boit jamais ou presque jamais*, ni vin, ni eau, et quand il a soif il boit un peu de lait. Il reste quelquefois un mois sans prendre de liquide ; il ne mange même la soupe que si elle est très épaisse et la refuse si elle est claire.

Petite école complémentaire. — Cette école est confiée à Mme BONNET, qui, depuis 10 années s'est mise gracieusement à notre disposition. Elle est aidée par Mlle *Randier*, première infirmière. Quarante enfants composent cette école. Trois infirmières sont en outre adjointes à ce service pour la surveillance des enfants (réfectoire, dortoir, promenades). Voici quelques-uns des résultats obtenus au cours de l'année 1902, résumés d'après les notes de Mme Bonnet.

Cinq enfants qui avaient été signalés les années précédentes comme rendus propres le jour, urinaient encore fréquemment au lit, ils sont maintenant tout à fait propres nuit et jour. Ce sont les enfants Deli..., Mille..., Prime..., Sterling..., Boulm...,; ce dernier n'était propre le jour qu'à la condition d'être en robe, dès qu'on lui mettait un maillot, il souillait ses vêtements, soit maladresse des mains, soit lenteur des mouvements, aujourd'hui nous pouvons le mettre en pantalon sans crainte d'accident.

Quatre enfants : Pardo..., Pelle..., Pacq..., Sterling...,; signalés déjà comme améliorés pour la parole ont continué à progresser sous ce rapport, leur articulation est de moins en moins défectueuse et leur vocabulaire s'augmente de mots nouveaux. (Voir *Compte-rendu* de 1901, p. XIII, XIV).

Un enfant, Itzikov...(Félix), dont la parole était complètement nulle à son arrivée, commence à répéter quelques mots et même a faire de toutes petites phrases, d'une façon rudimentaire mais assez intelligible; il a tendance à faire précéder la réponse de la demande, ainsi il dira: Félix manze la sou (soupe) ? oui faut manzé la sou ; — Félix méssant (méchant), non pas méssant Félix, (etc).

Un enfant a appris à lire couramment, Lero.... (Félix), entré le 29 juin 1895 à l'âge de 4 ans, parlant à peine et marchant sur la pointe des pieds qui sont tournés en dedans, le corps penché en avant et ne semblant jamais en équilibre, tombant à chaque instant. A son arrivée l'enfant ne mangeait pas seul, ne parvenait pas à porter la cuiller à sa bouche, ne savait ni s'habiller, ni se laver.

Caractère entêté, indocile, turbulent, taquin avec méchanceté, excessivement colère: dès qu'on ne fait pas toutes ses volontés, il crie, se roule par terre, mord, s'arrache les cheveux, s'égratigne les oreilles et ne cède pas.

En 1896 et 97, nous constatons des progrès pour la marche qui devient moins titubante, l'enfant tombe moins fréquemment. En 1900, nous signalons un progrès notable pour la parole. — Lero..., trouve et prononce tous les mots pour exprimer ses besoins et même ses idées, il forme des phrases, emploie les verbes et les pronoms. — L'articulation est nette, seulement la langue semble se mouvoir avec effort, la parole est lente, un peu embarrassée et présente une analogie avec celle d'un vieillard.

Cet enfant qui a beaucoup d'amour-propre, a le plus grand désir d'apprendre, aussi travaille-t-il avec ardeur en classe.

Quoiqu'atteint d'athétose et de paralysie incomplète, mais généralisée, il est arrivé à tracer d'abord quelques lettres puis à les assembler, à reproduire tous les chiffres et même à écrire de mémoire un grand nombre de nos mots imprimés sous forme de dictée.

L'*écriture* est très irrégulière, laisse beaucoup à désirer, mais ce résultat est inespéré si l'on se reporte aux difficultés que nous n'aurions jamais vaincues sans la somme d'énergie qu'apportait en toutes choses notre malade.

Incapable au début de tenir un crayon, il pleurait de rage, ramassait son crayon, essayait de tracer quelques lignes, le crayon lui tombait de nouveau et cet enfant, avec une volonté rare, recommençait cinq ou six fois non sans entrer dans des colères folles, se mordant, se donnant des claques et se tirant les cheveux. Enfin, grâce à cette volonté persistante, nous sommes arrivées au résultat que nous avons signalé plus haut.

Notre malade fait l'addition et la soustraction avec retenues, quelques exercices de grammaire. Écoutant avec intérêt toutes les leçons orales, il est toujours le premier à répondre aux questions qui sont posées. Malheureusement l'amélioration du caractère n'a pas marché de pair avec le

développement de l'intellect. Les colères que cet enfant a toujours eues sont allées en augmentant de fréquence et d'intensité jusqu'au traumatisme de l'œil qu'ont suivi les mutilations auxquelles il ne s'était jamais livré auparavant et qui nous ont obligé à le conduire à l'infirmerie. (Voir son observation plus loin).

Deux enfants sont en bonne voie pour la lecture et lisent couramment : COTT... (Henri), GAV... (Émile).

COTT... nous est arrivé en 1897, gâteux, marchant avec difficulté, bredouillant, d'une façon inintelligible, restant presque toute la journée plongé dans une sorte de demi-sommeil, indifférent à tout ce qui l'entourait : parole, jeux; nous ne parvenions pas à secouer sa torpeur. Une sorte de bave sanguinolente s'échappait presque continuellement des commissures des lèvres. Les mucosités du nez coulaient sans qu'il songeât à les essuyer.

Les sentiments affectifs ne semblaient pas exister, l'enfant voyait ses parents au parloir, les quittait sans que rien trahit le plus petit élan.

Nous avons avec lui, dans notre service, son frère aîné également très dépourvu, on n'aurait jamais soupçonné leur lien de parenté tellement ils étaient indifférents l'un à l'autre.

Peu à peu, avec une extrême lenteur, nous avons vu l'engourdissement qui enveloppait notre malade se dissiper, la vie végétative a fait place à un peu d'animation. Il a commencé à s'habiller, à parler, à s'attacher à nous, à son frère. Devenu moins maladroit de ses mains, il nous a rendu quelques services dans les dortoirs; mais il restait encore absolument réfractaire à tous les exercices scolaires; la somnolence le reprenait dès qu'il était en face d'un livre ou d'un cahier.

Ce n'est guère que l'année dernière qu'il a commencé à prendre goût, d'abord aux leçons orales, puis à l'écriture et au calcul et surtout à la lecture des mots imprimés. Aujourd'hui il lit presque couramment, copie ce qu'il lit et écrit même de mémoire un certain nombre de mots imprimés. Il établit bien la relation entre le chiffre et la quantité, sait écrire les nombres jusqu'à 100, commence à se familiariser avec la monnaie. Il fait l'addition et la soustraction. Il tient conversation, sa parole a encore quelques légères défectuosités. Il joue et se montre assez docile.

GAVA... (Émile), âgé de 13 ans, *idiotie, nanisme*, s'est beaucoup amélioré intellectuellement et moralement.

A son entrée, il avait beaucoup de *mauvais instincts*, tels que le vol, le mensonge, la méchanceté envers ses camarades, la grossièreté et même l'obscénité dans ses paroles et dans ses chants.

Actuellement il est doux, poli, docile, affectueux. L'inclinaison au vol semble avoir disparu, il est encore taquin avec ses camarades, parfois une grossièreté lui échappe, mais ce qui était une habitude est devenu une exception.

Il est très studieux, fait avec goût tous les exercices scolaires; aussi ses progrès sont-ils notables. Il lit presque couramment, fait l'addition et la soustraction, écrit de mémoire sous forme de dictée un certain nombre de nos mots imprimés.

L'attention, qui semblait infixable au début, est maintenant assez soutenue pour lui permettre de profiter des leçons orales. L'onanisme qui était très fréquent n'est plus que très rarement constaté. Le zézaiement, signalé à son arrivée subsiste encore aujourd'hui.

Quatre enfants ont beaucoup progressé pour tous les exercices scolaires: DUMESN... (André), BEAU... (Charles), LEMAI... (Georges), STERLING... (Georges). — BEAU... (Charles) progresse avec une extrême lenteur, mais sans arrêt; d'un semestre à l'autre, il y a certainement une amélioration notable dans tous les exercices classiques et dans l'ensemble général. L'intellect s'ouvre peu à peu, le jugement semble se former; notre élève qui, jusqu'à présent, était resté tout à fait comme un bébé de 3 ans pour la raison, se réjouissant de tout, poussant des cris et faisant des démonstrations tout à fait enfantines, commence à devenir un peu plus sérieux, à se rapprocher non pas de la raison d'un jeune homme de son âge (il a 18 ans) mais de celle d'un enfant d'une dizaine d'années. Il ne pleure plus comme autrefois dès qu'on lui faisait un léger reproche; de même le rictus inintelligible tend à disparaitre.

Cet enfant, dont la parole était complètement nulle à son arrivée et dont le quasi-mutisme s'est prolongé pendant de longues années, est parvenu à s'exprimer d'une façon défectueuse mais compréhensible. *(Audi-mutité* et *idiotie complète).*

LEMAIT... (Georges). — Cet enfant a fait des progrès pour les exercices classiques. Il a une mémoire extraordinaire

pour l'orthographe des mots qu'il a lus. Il fait l'addition, la soustraction, ébauche la multiplication. Il fait quelques exercices élémentaires de grammaire. Il devient de plus en plus maniaque. Il ne faut jamais que rien vienne intervertir l'ordre des choses établi, sinon il est furieux. Si pour une cause ou une autre, une des infirmières change son jour de sortie il l'invective et bougonne toute la journée à ce sujet. Dans une promenade, si l'on ne revient pas par le même chemin que l'on a pris en allant, il se met en colère et récrimine pendant le trajet. Si le jour où j'ai l'habitude de faire la leçon orale de grammaire, je fais une leçon de choses, il est fâché, ne veut rien écouter, ne répond que des bêtises aux questions que je lui pose et fait en sorte de troubler l'ordre.

Ses camarades qui s'aperçovent de sa bizarrerie de caractère, le taquinent souvent, alors ce sont des rages, il crie, trépigne, tape à droite, à gauche tout ce qui l'environne (meubles et gens) et ne se calme que lorsque l'on fait signe de le conduire en cellule. — A l'entrée *idiotie complète*, aujourd'hui on poserait le diagnostic *imbécillité*.

STERLING... (Georges), s'améliore beaucoup, l'instabilité physique et mentale que nous avions constatée à chaque semestre s'atténue de plus en plus. Notre malade qui, à son *arrivée*, faisait des fugues continuelles et nous obligeait à être sans cesse à sa recherche dans les cours et les jardins, reste assis tranquillement pendant les heures de classe. Son attention qui était aussi vagabonde que ses jambes se fixe, il écoute, répond aux questions qui lui sont posées; fait effort pour comprendre et commence à raisonner. Son horizon s'étend. Pendant de longues années le présent seul existait pour lui; maintenant le passé et l'avenir tiennent leurs places dans sa pensée; il nous raconte ce qu'il a fait pendant sa dernière sortie. Il nous dira qu'il ne sortira pas tel jour parce que sa mère doit aller à Paris, mais qu'elle le prendra tel autre jour. Il aime à rendre service, et ce que vous lui avez commandé un jour il le fait le lendemain et les jours suivants sans qu'on ait besoin de le lui répéter. Il est moins grossier et plus caressant. L'onanisme a été moins fréquent.

La parole est encore défectueuse, les phrases incorrectes, le langage enfantin, mais si nous remontons à son point de départ, nous constatons une notable amélioration.

Les progrès scolaires ont suivi aussi une marche ascendante, la lecture est en bonne voie, l'écriture aussi, il commence à copier de mémoire quelques-uns de nos mots imprimés, fait

l'addition avec retenues et la soustraction sans retenues. A l'entrée : *idiotie profonde*, aujourd'hui : *imbécillité.*

MAR.... (Laurent), dont le développement intellectuel avait été signalé déjà les années précédentes, avait continué à suivre une marche ascendante, lorsque la mort nous la enlevé. Il avait fait beaucoup de progrès pour la parole qui était devenue presque normale; pour la lecture, lisait et recopiait un certain nombre de mots imprimés; l'écriture avait surtout gagné, il faisait l'addition et la soustraction avec retenues. L'instabilité mentale avait beaucoup diminué, nous obtenions facilement une attention active pendant un certain temps, l'attention passive était très difficile à fixer, aussi profitait-il peu des leçons orales, il était d'ailleurs mal doué sous le rapport de la mémoire.

L'amélioration morale n'avait pas marché de pair avec l'amélioration de l'intelligence, notre malade était très difficile à diriger.

Turbulent, indocile, souvent grossier avec les infirmières, méchant avec ses camarades plus faibles que lui, il exigeait une surveillance incessante.

Tous mes enfants lisant couramment et faisant des devoirs comme les enfants normaux travaillent toujours avec goût en classe. Nos plus grands élèves continuent à nous donner de la satisfaction, avec les années nous voyons leur jugement se former et les sentiments affectifs se développer. Nous constatons avec plaisir chez eux et chez quelques-uns de ceux qui nous ont quitté, que le lien qui nous unissait, loin de se rompre se fortifie; l'institutrice a fait place à l'amie que l'on vient trouver avec confiance; l'un deux Bobl..., que nous avons placé comme menuisier au dehors se montre particulièrement reconnaissant: il vient souvent passer ses heures de loisir près de nous, demandant conseil et cherchant en toute occasion à nous faire plaisir, il semble avoir pris une bonne voie, a de l'ordre, de l'amour-propre et tout nous fait espérer qu'il fera un honnête ouvrier : c'est un sourd et muet.

*
* *

Il a été fait allusion dans les dernières notices sur les enfants de l'École complémentaire à l'emploi des MOTS IMPRIMÉS. Nous avons maintes fois donné des

renseignements sur ce procédé, notamment dans le *Compte-rendu* de 1899 (p. L-LI). Nous croyons utile d'y revenir aujourd'hui en citant des exemples de leur application.

Un enfant est atteint d'*idiotie complète*, c'est-à-dire qu'il ne marche pas, ne se sert pas de ses mains : il faut le faire manger, le laver, l'habiller ; qu'il est gâteux, ne parle pas, ne sait même pas, par signes, exprimer ses besoins. Son attention est absolument nulle, il a des tics plus ou moins nombreux.

La *première période* du *traitement médico-pédagogique* consiste à lui enseigner à se tenir debout (balançoire-tremplin, barres parallèles, saut, chariot, etc.) et à lui apprendre à devenir propre par le placement sur le siège à des heures fixes.

La *seconde période* du *traitement médico-pédagogique* consiste à éveiller l'*attention* de l'enfant, à éduquer la *main* et le *sens du toucher*, puis le *sens de la vue*. C'est alors qu'on essaie, même l'enfant ne parlant pas, à lui faire *désigner*, — la nomination viendra plus tard, — les différentes *parties du corps*, de la *vêture*, des objets du *réfectoire*, du *dortoir*, de l'*école*, les *personnes*, les *animaux*, etc.. Bien que l'enfant ne parle pas ou ne possède que quelques mots, ne connaisse pas les lettres, ne syllabe pas, nous l'exerçons à reconnaître les *mots*.

Exemple : au *réfectoire* nous plaçons sur la table des cartons portant en gros caractères les mots *table*, *banc*, *assiette*, *verre*, *couteau*, *fourchette*, etc.. — Au *lavabo*, nous avons les mots : *éponge*, *savon*, *serviette*, etc. Nous exerçons l'enfant à désigner les objets et à mettre sur chacun d'eux le *mot imprimé* correspondant. Les enfants reconnaissent l'*image du mot*, comme ils reconnaissent l'image d'un chien, d'un chat, etc..

On procède de même pour les objets du *ciragier* où on leur apprend à brosser leurs vêtements et à cirer leurs chaussures : *brosse*, *brosser*, *cirage*, *cirer*, etc..

L'enfant marche, est devenu propre, en même temps qu'on lui enseigne à reconnaître les objets qui l'environne, le nom de ces objets, on lui apprend à s'habiller, à se laver, à manger seul. Alors il n'a plus besoin d'aide, il entre en relation avec son milieu, il est préparé à l'éducation de la parole, apte à profiter de plus en plus des *leçons de choses*, qu'on ne saurait trop multiplier, puis à aborder l'*instruction primaire*. Enfin lorsque les notions de cette instruction primaire ont été acquises, l'âge et le développement physique venant, les enfants passent à la *grande école* (1).

Dans notre *Compte-rendu* de 1899 nous avons parlé des services que nous rendaient, au point de vue de l'*éducation du système musculaire* et de l'*imitation*, les exercices à la barre d'entraînement. Nous avons ormis de citer des exercices similaires, que nous employons depuis la même époque, et qui ont trait à l'*éducation des fonctions respiratoires*. Ils ont lieu soit avec les barres d'entraînement, soit avec les barres à sphères ou les haltères, soit les mains libres.

Ces exercices sont les suivants : *mouvements verticaux des bras en 2 temps*; *mouvements latéraux des bras en 2 temps*. Les enfants au lieu de compter les temps que le maitre seul énonce font une inspiration

---

(1) Nous renvoyons pour tous les autres exercices, les détails sur la *leçon de toilette*, la *gymnastique* des *échelles*, des *ressorts*, etc., à nos rapports antérieurs. Rappelons seulement que nous envoyons les enfants les plus améliorés à la *grande gymnastique*, à la *fanfare*, à l'*orphéon*, aux *ateliers* pendant 15, 30 minutes, etc., afin de varier leurs occupations, d'améliorer l'éducation de leur main, de fixer davantage leur attention. Ce travail n'est pour ces enfants qu'un *moyen d'éducation*. Il est, en outre, pour les plus âgés, un moyen de traitement, de même que pour les *aliénés adultes*.

prolongée aux temps impairs et une expiration de la même durée aux temps pairs. A ces deux exercices, il convient d'en ajouter un troisième exécuté les mains libres et qui consiste en un haussement d'épaules pour l'inspiration, et en un abaissement pour l'expiration. Avec les idiots moins atteints ou améliorés, les temps d'inspiration sont accompagnés d'écartement latéral des bras et de projection alternative des membres inférieurs; l'expiration se fait en ramenant les jambes et en abaissant les bras (1). Les mains sont tantôt libres, tantôt munies d'haltères. En dehors des exercices de respiration, dans les mouvements où les enfants comptent eux-mêmes les temps, nous obtenons la cadence voulue en leur faisant chanter des rondes enfantines à rythme bien marqué, dont les paroles plus ou moins naïves ont été remplacées par d'autres ayant trait à une connaissance usuelle. C'est ainsi que nous avons : *Les 7 jours de la semaine*, sur l'air du *Petit navire* ; l'*Histoire du blé*, sur l'air du *Pied qui remue*; *L'enfant et le nid d'oiseau*, sur l'air de *A la volette*, etc, etc. Nous nous proposons du reste de les faire imprimer.

*
* *

Pour donner aux idiots la *notion de nombre* si difficile à acquérir, nous mettons à profit leur aptitude spéciale pour percevoir tout ce qui est *son* ou *bruit*.

Un marteau en bois léger et une cloche sans battant nous servent dans nos exercices. Nous faisons frapper à l'enfant un nombre de coups donné, de même que nous leur faisons compter le nombre de coups que nous donnons nous-même. Nous leur faisons en même temps reconnaître au tableau noir ou sur nos feuilles impri-

(1) Tous ces exercices de respiration nous ont puissamment aidé pour préparer l'éducation de la parole et corriger le bégaiement.

mées en gros caractères, le signe qui correspond à ce nombre.

Cet exercice, que nous n'avons encore employé qu'à l'*Institut médico-pédagogique*, amuse beaucoup nos enfants; et si nous disposons de marteaux de *couleurs* différentes, nous leur faisons dire la couleur du marteau qui frappe, et nous leur faisons prendre, sur ordre, le marteau rouge ou le marteau bleu, etc. La vue et l'ouïe se trouvent ainsi exercées et aident à l'acquisition de l'idée abistraite du *nombre* (1).

*
* *

III. *Enfants propres et valides, imbéciles, arriérés, instables, pervers, épileptiques et hystériques ou non* (GRANDE ÉCOLE). — La population de cette école était de 156 enfants le 1er janvier 1902. Tous, sauf 23 qui ne peuvent travailler, ont fréquenté les ateliers par grande série. Douze possédant le *certificat d'études*, forment une division supérieure, ne vont à l'école qu'une demi journée par semaine et restent, les autres jours, le matin et le soir à l'atelier. — Les enfants non pourvus du certificat d'études sont répartis en quatre classes (53,36, 31 et 36 enfants). Aux examens du *certificat d'études* qui ont eu lieu à Villejuif, le 24 mars deux enfants ont subi les épreuves avec succès, (Chaum.. et Langl... (2)

Cette année encore, nos instituteurs et leurs aides, ainsi que les sous-employées attachées aux écoles (section de Bicêtre et Fondation Vallée), afin d'être mieux en mesure d'améliorer la *prononciation* des enfants et de développer leur *parole*, ont été envoyés successivement, par séries, au nombre d'une vingtaine,

---

(1) Note de M. J. Boyer.

(2) A ce même examen, 6 infirmiers et 8 infirmières de l'École de Bicêtre ont également obtenu le certificat d'études.

à l'*Institution Nationale des sourds-muets*. De plus, comme nous avons un certain nombre d'enfants *aveugles*, nos auxiliaires sont également allés, par séries, à l'*Institution Nationale des jeunes aveugles* et à l'*École Braille*, dépendant du département. Leur devoir est de profiter des *notions médico-pédagogique qu'ils acquièrent* dans ces visites pour nous seconder sérieusement dans le *traitement médico-pédagogique* des enfants de notre service. Aux instituteurs et aux surveillantes institutrices à comprendre ce que nous faisons pour le développement de leur instruction pédagogique. A l'Administration, d'en exiger l'application. Nous ne saurions trop remercier MM. Giraud, Péphau, Robin et Baldon de leur précieux concours.

*
* *

Notre but, en procédant ainsi, est de perfectionner l'instruction pédagogique de nos collaborateurs et collaboratrices, de faire dans la mesure de nos relations ce qui devrait être fait pour tous les pédagogues d'enfants anormaux. Nous avons des idiots sourds et muets, des idiots aveugles, des idiots atteints de nombreux vices de prononciation, qui doivent profiter de l'instruction supplémentaire que nous essayons de procurer à notre personnel enseignant. Les pédagogues de chacun des groupes spéciaux d'enfants anormaux profiteraient, croyons-nous, de leur passage plus ou moins prolongé, dans les autres établissements d'anormaux. Un modique crédit sur le pari mutuel ou sur les fonds du ministère de l'intérieur permettrait la réalisation de cette modeste réforme. Jusqu'ici nos indications, à cet égard, ont passé inaperçues. L'un des obstacles qui s'opposent à la création de sections spéciales d'enfants, annexées aux asiles ou à la créa-

tion d'asiles-écoles et de classes ou écoles spéciales pour les arriérés c'est assurément l'absence d'un personnel enseignant. Cette difficulté s'est présentée récemment pour l'asile de Clermont (Oise) dont les médecins en chefs et le directeur voudraient organiser un traitement médico-pédagogique pour une centaine d'idiotes qui existent dans leur établissement.

*
* *

Enseignement du chant. — Cet enseignement est fait par M. Eugène SUTTER, professeur de chant à l'Asile-école de Bicêtre. De même que les années précédentes, conformément à nos instructions, M. Sutter s'est occuppé successivement de *tous* les enfants susceptibles de profiter de son enseignement. Il a divisé ceux de la *petite école*, de la *petite école complémentaire* et ceux de la *grande école* en trois groupes.

En maintes circonstances et les samedis où nous avons des visiteurs, nous réunissons les *petites filles* de la Fondation Vallée avec les *garçons* de Bicêtre et nous les faisons chanter ensemble dans les chœurs. Cette réunion des enfants des deux sexes, que nous voudrions rendre plus fréquente, comme autrefois, n'a jamais eu d'inconvénient. Elle ne sourit pas à certains fonctionnaires parce qu'elle entraine pour eux une surveillance, que leur rôle administratif exige, mais dont ils préfèrent se dégager. — Le nombre des enfants qui prennent part à l'enseignement du chant était de 260 au commencement de l'année et de 252 à la fin de l'année. Voici, résumées par M. Sutter, quelques notes concernant son enseignement :

Les enfants chantent les morceaux contenus dans deux livres spécialement composés pour leur usage. Les voix, en général, sont assez justes et l'ensemble produit un bon effet. Toutefois les enfants ayant les

meilleures voix sont désignés pour faire partie de l'Orphéon et exécutent des chants et des chœurs devant les nombreux visiteurs qui viennent visiter le service presque tous les samedis. Une classe de solfège et de théorie musicale est instituée spécialement pour former les élèves de l'Orphéon et de la Fanfare.

Solfège et Théorie. — « J'ai obtenu, dit M. Sutter, de très bons résultats avec les enfants qui ont suivi la classe de solfége et de théorie musicale en procédant de la manière suivante : chaque enfant possède un cahier écolier sur lequel il a copié lui-même les différents exercices et leçons; après cette opération chaque enfant, à son tour, passe au tableau et remplit la portée de notes et de silences, avec l'indication de la mesure, de façon à bien lui faire comprendre la valeur de chaque note et celle des silences; mesure de *quatre temps*, *trois temps*, *deux temps*, *six-huit*.

Après cette composition, l'élève indique le nom de chaque note ainsi que la valeur, le pouvoir des *dièzes*, *bémols* et *bécarres* et cela en présence d'un de ses camarades qui lui sert de moniteur. Le moniteur, ainsi improvisé, rectifie les fautes et en donne la raison. L'élève en quittant le tableau devient à son tour moniteur de l'élève qui lui succède au tableau et ainsi de suite jusqu'à ce que chaque enfant ait été élève et moniteur à son tour. 50 enfants environ savent lire les notes et en connaissent la valeur. »

Fanfare et Orphéon.— 35 enfants font partie de la Fanfare, 25 exécutants et dix élèves; dans ce nombre 4 clairons et 3 tambours. La Fanfare prend part aux visites du samedi, elle accompagne les exercices de gymmastique et fait défiler à la fin de ces exercices les enfants aux sons d'une marche. La Fanfare et l'Orphé-

on organisent des concerts et des bals. Le Mardi-gras et à la Mi-carême, la fanfare précède le défilé, dans les cours et à la Fondation Vallée, des enfants déguisés.

Concerts et Bals. — Pendant l'année 1902, nous avons organisé quatre grands concerts. Dans ces matinées-concerts, j'ai fait exécuter par quelques enfants de l'Orphéon et avec les fillettes de la fondation Vallée des rondes avec jeux et danses : ces rondes ont obtenu beaucoup de succès ; des chansonnettes et une pièce de théâtre forment le complément de ces fêtes. Les décors sont faits par les enfants ainsi que les programmes et les billets de tombola.

A notre demande, M. Sutter a organisé trois bals et une tombola, cette dernière a obtenu un grand succès, grâce au concours dévoué des employés de la section et de généreux donateurs. Le bénéfice des deux premiers bals a été versé à la caisse des jeux pour achat de déguisements ; le 3e bal et la tombola ont été faits au profit de la caisse de la Fanfare pour achat et réparation des instruments, car l'Administration n'a jamais de crédit pour faire les achats et les réparations nécessaires. Concerts et bals font la joie des enfants et de leurs parents qui sont autorisés à y assister : ce sont des fêtes organisées SANS FRAIS *par* et *pour les enfants eux-mêmes* et non en vue du public, comme les concerts Lionnet. Nous avons constaté que les enfants ont rarement d'accès d'épilepsie pendant ces réjouissances.

Pour récompenser les enfants qui, à un titre quelconque, ont pris part à l'organisation des bals et concerts, (chanteurs, acteurs, instrumentistes, imprimeurs et menuisiers), nous leur faisons faire chaque année une promenade à Robinson, cette promenade a été faite au mois d'octobre.

Exercices de la voix et des poumons. — Un grand

nombre de nos enfants ont la voix assez étendue et assez juste pour exécuter nos chants scolaires. Toutefois il y en a qui ont la voix voilée mais juste, cela doit provenir de l'onanisme auquel ils se livrent; malgré nos recommandations, la surveillance n'est pas toujours ce qu'elle devrait être. La généralité de nos enfants ont la voix assez grave après la période de la müe, les ténors nous font défaut. La période de la müe est assez tardive chez les enfants idiots et plutôt précoce chez les enfants nerveux (épileptiques, amoraux, etc.) Nombre d'idiots retiennent facilement un air de musique.

La voix s'étend en pratiquant les exercices suivants: Faire attaquer la note par l'enfant et lui faire tenir cette note pendant au moins quatre temps, monter ainsi progressivement d'un degré, de façon à arriver aux notes aiguës, faire sortir les sons de la gorge en ouvrant bien la bouche, en augmentant la force et en la diminuant ensuite tout en conservant la note juste.

Par ces exercices l'enfant arrive à gagner une ou deux notes dans l'aigu et même davantage sans le concours de la *voix de tête*, celle-ci est purement artificielle et demande de longues études pour pouvoir s'en servir convenablement. Ces exercices ont le don de former l'oreille musicale de l'enfant et il saura distinguer les différentes intonations des notes suivant le degré et la position de celles-ci sur la partie. Cette même manière de procéder pour la voix sert aux instrumentistes de la Fanfare. Ces leçons forment un ensemble d'exercices de *gymnastique des poumons* et la pression des lèvres que doivent faire ceux-ci contre l'embouchure de l'instrument, fortifient celles-ci; les mêmes effets se produisent sur les cordes vocales par les exercices d'intonation cités plus haut. Ces exercices contribuent quelquefois à la guérison des tics.

Enseignement du dessin. — Cet enseignement est fait par M. DUMONT depuis le 15 avril 1901. Les leçons ont lieu deux fois par semaine, le mercredi et le jeudi. Elles durent chacune une heure. Cet enseignement rend des services incontestables au point de vue de l'éducation de la main et de l'œil et est d'une utilité évidente pour les apprentis de plusieurs ateliers. Comme nous le disions l'an dernier, nous désirerions cet enseignement non pas seulement pour les enfants les moins malades mais aussi pour ceux qui sont plus profondément atteints en suivant exactement les indications que nous avons fait tracer par Mme Bru dans l'*Alphabet du dessin,* l'un des volumes de la *Bibliothèque* d'*éducation spéciale.* Voici quelques notes fournies par M. Dumont sur son cours :

« 130 élèves suivent les leçons de dessin ; presque tous les enfants, sauf les élèves récemment entrés, savent et dessinent les premières notions de géométrie. Il s'est produit cette année un véritable progrès, tant au point de vue de l'habileté de main que du soin et de la propreté dans l'exécution du travail.

« Un certain nombre d'élèves ont montré un goût réel pour le dessin d'art ; d'ici peu de temps j'espère les voir arriver à produire de jolis dessins. Les enfants dessinnent des plâtres représentant des ornements, tels que feuilles de lierre, de chêne, de vigne, rinceaux, rosaces, etc... et parmi les objets usuels des entonnoirs, des vases, etc... Le matériel nécessaire au fonctionnement de ce cours, étant sur le point de se compléter, j'espère que la tâche sera plus facile et les résultats plus certains dans l'année qui va suivre. »

Gymnastique. — Il ne s'agit plus ici de la gymnastique avec la *balançoire-tremplin*, avec les *échelles de cordes*, les *ressorts*, etc., mais de la *gymnastique des mouvements d'ensemble* et aux *agrès*. Les exer-

cices d'ensemble se font soit au *tambour*, soit avec la *fanfare*, soit avec accompagnement de *chants*, ou sont conduits avec l'*harmonium* (1). Les mouvements sont aussi variés que possible et chaque année notre dévoué professeur, M. GOY, en introduit de nouveaux. D'autres exercices ont lieu avec les haltères, les échelles convexes et horizontales, la barre fixe, les barres parallèles, le vindas, la balançoire brachiale, etc.

Mais, et nous ne cessons de le redire, nous donnons la préférence aux *exercices des mouvements* avec ou sans haltères, barres à sphères, etc. Parmi les agrès, nous préférons les échelles horizontales, et convexes, les barres parallèles, le mât horizontal, les anneaux, évitant les exercices violents ou ceux qui peuvent avoir des inconvénients pour les épileptiques. Nous avons dressé un infirmier afin de remplacer le professeur en cas d'absence. Nous voudrions avoir partout, aux ateliers, au chant, à la danse, etc. un infirmier en mesure de remplacer le professeur ou le maître absent. Nos réclamations dans ce sens sont demeurées sans résultat.

Société de gymnastique. — Les enfants faisant partie de cette société, au nombre de 21, ont pris part, sous la direction de leur maître, M. GOY, à un concours de gymnastique organisé par la commune du Kremlin-Bicêtre où ils ont obtenu deux médailles d'argent et une palme de vermeil.

Escrime. — Cet exercice s'est fait régulièrement sous la direction de MM. PELLETIER et CHEVREAU, prévôts au fort de Bicêtre. Ces militaires se sont acquittés avec beaucoup de zèle et de dévouement de leurs

(1) Voir *Compte-rendu* de 1899, p. LIX.

fonctions. 98 enfants participent, à des degrés divers, à cet exercice, que nous considérons comme secondaire par rapport aux autres *exercices physiques* (1).

Danse. — Les exercices de danse ont eu lieu régulièrement de midi à une heure sous la direction de M. LANDOSSE, un de nos instituteurs. 124 enfants de la grande école et 15 de la petite école y prennent part ; sur ce nombre, 95 savent danser la polka, 30 connaissent la polka, la mazurka et la scottish ; 27 connaissent le quadrille français et toutes les danses de caractères, et 15 de ces derniers ont commencé à apprendre le pas de quatre.

Musée scolaire. — Ce musée continue à servir aux *séances de projection*, aux *leçons* de *choses* et de *salle de lecture*. Il s'est cette année enrichi tant au point de vue de la *bibliothèque* qu'au point de vue des figures pour projections. — L'administration a acheté *avec des dons* (2), cette année, 14 volumes, ce qui porte à 606 le nombre des volumes de la *bibliothèque des enfants*. Le 1er janvier 1902, le *nombre des vues* pour projections était de 1766, à la fin de l'année ce chiffre atteignait 1890 (81 ont été faites par M. Hubert, photographe de la maison, 32 ont été achetées par l'Administration et 11 ont été faites par M. Mesnard). Les collections qui ont le plus profité de ces vues sont : Les parasites, la Martinique (3), l'Histoire de France, les plantes équatoriales ou tropicales.

Grâce à ces collections qui se complètent de jour en jour, le service n'emprunte plus que très rarement

(1) Voir *Compte-rendu*, de 1899, p. LXIV à LXVI.
(2) Commission de surveillance des asiles (30 fr.). Mme Digoy, mère d'un de nos malades, 1 volume.
(3) Don fait par l'un de nos internes, M. Lutaud, d'une collection de belles photographies.

des vues au *Musée pédagogique* ou à la *Ligue de l'enseignement.*

Ces vues servent aux conférences du jeudi faites aux enfants les moins malades, aux visites du samedi, jour où nous recevons les étrangers, aux cours d'anatomie et de physiologie des Écoles d'infirmières de Bicêtre et de la Pitié. Enfin tous les ans les internes du service s'en servent pour différentes conférences faites aux infirmiers et infirmières de l'hospice ; c'est ainsi que M. Morel, l'un de nos anciens internes, a fait au personnel une conférence très intéressante sur l'alcoolisme (série nouvelle); une autre sur les parasites de l'homme et une troisième sur Jenner, la variole et la vaccine.

L'*enseignement par les projections* est très complexe. Il sert pour les enfants de toutes les catégories : 1° pour les enfants *idiots profonds* à fixer l'*attention* (images blanches ou colorées sur fond noir, images blanches sur fond noir), à apprendre les *lettres* (grandes lettres noires sur fond blanc, puis lettres beaucoup plus petites); pour l'éducation de la *parole* (syllabes simples ou répétées ou combinées); 2° Pour les idiots déjà un peu *améliorés*, à reconnaître les *objets*, les *animaux* (images graduées) ; 3° Pour les enfants imbéciles, arriérés et épileptiques, à faire tous les jeudis une conférence dont les séries de *vues* énumérées plus haut donnent une idée suffisante.

Dans les petites écoles et la grande école, on doit sans cesse s'occuper de la guérison des *tics*, des *manies*, s'opposer aux *pratiques solitaires*. Pour tous les enfants, et en particulier pour les *imbéciles intellectuels* avec impulsions et pour les *imbéciles moraux* à tous les degrés, nous avons recours au *traitement moral*, ou, pour employer le jargon à la mode, à la *suggestion* à l'état de veille. Tous nos efforts tendent

à faire comprendre à nos auxiliaires, pédagogues et infirmiers, qu'ils ont affaire à des *enfants malades*, relevant du *traitement médico-pédagogique*, envers lesquels et comme *enfants*, et comme **malades**, ils doivent se montrer bienveillants et affectueux, et non pas à des enfants vicieux, dont la place, serait, disent certains administrateurs, plus à tort qu'à raison, dans les maisons de correction ou les prisons.

Voici quelques notes concernant les enfants de cette catégorie :

GRANDE ÉCOLE : *1re classe.* — 1° *Chaum..., 16 ans, atteint d'arriération intellectuelle, de paralysie spinale infantile du bras droit et d'épilepsie.* — Cet enfant a fait de grands progrès au point de vue primaire. Entré en classe en 1901, il faisait un grand nombre de fautes d'*orthographe;* il ne possédait que quelques notions assez confuses d'*histoire* et de *géographie.* Grâce à sa bonne volonté, soutenue constamment par le conseil de ses maîtres, il est arrivé à réussir à l'examen du *certificat d'études primaires.* Il s'est également amélioré au point de vue du caractère. Bon apprenti tailleur. Il écrit et coud avec la main *gauche.*

2° *Lang.... 19 ans, atteint d'épilepsie.* Depuis plusieurs années à Bicêtre; trépané. Progrès sensibles au point de vue primaire. Après deux années d'efforts persévérants, il est arrivé à obtenir le *certificat d'études primaires.* Par sa bonne conduite et son travail soutenu à l'école et à l'atelier il a été jugé digne d'obtenir le prix Gallois. Bon ouvrier brossier.

3° *Franç... 17 ans, atteint d'épilepsie.* — Grande amélioration au point de vue de la conduite. C'était autrefois un enfant auquel on ne pouvait faire la moindre observation, il était sournois, grossier, impoli et paresseux. A force de douceur, on est arrivé à le rendre poli d'abord, moins grossier et plus courageux.

2e classe. — 4° *Belth....., 16 ans : arriération intellectuelle, épilepsie avec hémiplégie gauche, alcoolisme.* — A fait des progrès très sensibles sur toutes les matières du programme.

Les fautes d'orthographe sont moins nombreuses; la division a été comprise. Cet élève apprend bien ses résumés d'histoire et il fait de petits devoirs de géographie sur les montagnes et les cours d'eau. — Il est jardinier et son patron est satisfait de sa bonne volonté.

5° *Pic...., 15 ans : imbécillité, épilepsie, kleptomanie*, est devenu bon élève. Assidu au travail, cherche à bien faire. Ses dictées renferment peu de fautes d'orthographe et il fait de petits problèmes simples sur les 4 règles. Ses résumés d'histoire sont appris et ses devoirs de géographie bien faits. Cet élève pourra passer en 1re classe. Apprenti tailleur, commence à faire des doublures de manches.

6° *Rem...., 15 ans : arriération intellectuelle, épilespie*. — Travaille bien en classe, sait appliquer les règles de grammaire et fait peu de fautes dans ses dictées. Il conjugue les verbes réguliers aux temps simples, fait des analyses grammaticales renfermant sujet, verbe et complément direct ainsi que des exercices d'invention. Il a appris la division. A retenu les principaux faits de l'histoire de France, des origines à la guerre de Cent ans et les notions élémentaires de géographie ayant trait aux montagnes et aux cours d'eau. Bon apprenti vannier.

7° *Guil....., 14 ans, atteint d'arriération intellectuelle avec crises hystériques*. — Bon élève. — Travaille bien et fait des progrès sensibles. Fait peu de fautes d'orthographe, applique bien les règles de grammaire et a beaucoup d'idée pour les exercices d'invention. Il fait de petits problèmes sur les 4 règles. Sa mémoire et son intelligence sont bien développées. Il apprend facilement ses résumés de leçon et oublie peu. — Pourra passer en 1re classe.

3e classe. — 8° *Schart*... (Gustave, Maurice), 11 ans. — *Imbécillité; épilepsie*. — Lectures courantes; fait les trois premières opérations et commence à faire de petits problèmes. Ses devoirs sont bien écrits; il comprend les explications données. La mémoire est assez bonne; il étudie et récite la plupart des leçons et quelques petites fables. Il y a amélioration sérieuse au point de vue moral. Pas d'accès en 1902. Apprenti jardinier; commence à bien travailler; beaucoup de bonne volonté.

9° Mant... (Louis, Eugène), 16 ans. — *Imbécillité, dépression mélancolique.* Cet enfant fait mieux les devoirs écrits ; il lit à peu près couramment ; il fait assez bien les trois premières opérations. Il est toujours très attentif, comprend les explications données et les met à profit. Bon caractère et très docile en classe. Menuisier : grands progrès ; s'efforce à bien faire tout travail.

10° Saint-Lamb... (Gaston René), 19 ans. — *Imbécillité ; Epilepsie.* — Cet enfant ne fait aucun progrès en calcul ; mais pour tout le reste il s'applique dans la mesure du possible ; il lit bien, fait bien les devoirs écrits et comprend les explications données. Bon caractère : très docile ; nature serviable ; sentiments affectueux assez développés. Bon apprenti jardinier.

11° Torai... (Adrien), 11 ans. — *Imbécillité. Epilepsie.* — Quoique écrivant moins bien que les précédents, cet enfant fait des progrès sensibles ; il profite des explications données. Très souvent il récite des leçons et apprend par cœur quelques petites fables. Amélioration notable au point de vue moral. Apprenti jardinier médiocre.

12° Besanc... (Jules, Emile), 16 ans. — *Imbécillité. Epilepsie. Hémiparésie droite. Onycophagie.* — Cet enfant fait également des progrès sensibles ; les connaissances générales se développent progressivement. Il s'applique dans la mesure du possible. Bon caractère ; docile en classe. Apprenti cordonnier médiocre.

4e classe. — 13° Coudey... (Georges), 14 ans. — *Imbécillité. Epilepsie. Parésie droite.* — Lit couramment, fait les exercices de copie. Plus en retard pour le calcul, est parvenu cependant à faire l'addition, la soustraction et quelques petites multiplications. Est passé en 3e classe depuis quelques semaines. — Apprenti tailleur, travaille beaucoup, très courageux, très docile. Ecrit et coud de la main gauche.

14° Méla.. (Albert), 14 ans. — *Imbécillité. Epilepsie. Hémiplégie droite* compliquée de contracture. — Fait bien l'addition, la soustraction et la multiplication. L'écriture bien qu'améliorée est encore défectueuse, mais le malade fait tout son possible pour arriver à de meilleurs résultats. A fait de

sérieux progrès en lecture et fait bien les exercices de copie. Apprenti tailleur passable. Ecrit et coud de la main gauche.

15° Sim... (Eugène), 13 ans. — *Imbécillité*. — Ce malade très nonchalant aurait volontiers passé tout le temps de la classe à dormir ou à rêver. A force de persuasion, je suis arrivé avec lui à des résultats assez appréciables. C'est ainsi que Sim.. commence à lire dans la IIe partie du Syllabaire Regimbeau, alors qu'il y a un an, en entrant dans le service il connaissait à peine les lettres de l'alphabet et ne pouvait syllaber. En calcul est parvenu à bien faire l'addition, la soustraction et la multiplication. — Apprenti menuisier médiocre.

16° Bourge... (Auguste), 13 ans. — *Imbécillité avec perversion des instincts. Epilepsie.* Malgré ses accès et vertiges un peu plus nombreux pendant le courant de cette année, ce malade a continué à faire des progrès. L'écriture devient bonne; la lecture sera bientôt courante, si l'élève continue à bien s'appliquer. Fait bien addition, soustraction et multiplication. Le caractère ne change malheureusement guère et Bourg... est toujours aussi grossier. — Bon apprenti tailleur.

Nous pourrions multiplier beaucoup ces petites notices sur les enfants améliorés. Celles qui précèdent et plus particulièrement celles de la petite école, *concernant les enfants les plus gravement atteints*, nous paraissent suffire à témoigner des efforts faits par tous pour améliorer les enfants qui nous sont confiés.

*
* *

Pour obtenir encore de meilleurs résultats, plus d'améliorations et de guérisons, il faudrait que les enfants soient rigoureusement occupés ou distraits du lever au coucher et qu'ils ne soient jamais désœuvrés. Les jours où les maîtres sont en congé, pendant les vacances, il y a des querelles, des disputes, des traumatismes, des pratiques onanistiques, des accès en plus grand nombre. C'est pour obvier à ces accidents, sans causer de préjudice au personnel ensei-

gnant que nous avons réclamé, sans l'obtenir, qu'on place dans le service des garçons de classe ayant leur brevet de capacité, des infirmiers ayant exercé la profession de menuisier, serrurier, cordonnier, etc. De la sorte, les instituteurs et les chefs d'atelier pourraient avoir leur congé sans qu'il en résulte un préjudice pour les enfants. En effet, tandis que dans les lycées, les écoles primaires, les élèves sont en congé en même temps que leurs maîtres, à l'asile-école de Bicêtre, comme dans les services analogues, les enfants, eux, restent.

*
* *

Aux *exercices pédagogiques* proprement dits, avec *leçons de choses* faites dans les classes, dans les promenades, au musée scolaire (projections, etc.), dans les jardins de la section où les arbres, les arbustes, les plantes portent des étiquettes nominatives, s'ajoutent le *travail manuel* dans les ateliers, les *exercices physiques :* gymnastique variée, danse, escrime, jeux divers.

Cet ensemble de procédés constitue notre méthode de traitement médico-pédagogique. Nos visiteurs du samedi nous ont toujours paru l'apprécier d'une manière favorable : la relation de leurs visites publiée dans les journaux scientifiques ou autres en est la preuve. Ce n'est pas toutefois qu'il ne se soit produit des critiques, non point de la part des médecins, mais de la part de quelques conseillers, sans doute mal renseignés, qui ont manifesté une certaine hostilité contre l'organisation que nous avons créée en faveur des enfants idiots, alors que les enfants normaux ne disposaient pas d'avantages semblables.

Loin de nous aider à mieux faire, ils auraient volontiers demandé la réduction de nos moyens d'action. A leurs yeux, nous avons trop fait pour de tels enfants. Leurs visites à l'asile-école de Bicêtre devraient, au contraire, les inciter à introduire progressivement dans les écoles primaires les procédés qui composent notre méthode. Pourquoi les arbres, les arbustes, les fleurs de nos squares, de nos jardins publics ne sont-ils pas dénommés comme dans les jardins de notre service, et comme cela existe dans quelques pays de l'étranger et même dans quelques villes de France? Pourquoi les exercices de gymnastique, de chant, laissent-ils tant à désirer dans nos établissements d'enseignement? Pourquoi les instituteurs et les institutrices ne multiplient-ils pas les *leçons de choses?* Pourquoi, ainsi que nous l'avons proposé il y a plus de 25 ans, n'utilise-t-on pas les richesses du Muséum d'histoire naturelle au bénéfice des élèves des lycées et des écoles primaires ? (1).

*
* *

En dehors des heures de classe, de gymnastique, de chant, de dessin, de danse, d'escrime, d'atelier, nous avons toujours essayé de faire participer les enfants aux corvées de tout genre : salubrité, nettoyage des bains, des classes, du musée scolaire, des cours, des ateliers. Il est certain que si *tout* le personnel nous secondait à cet égard, notre service serait d'une propreté irréprochable dans la mesure que comporte le défaut d'entretien des bâtiments.

Des enfants accompagnent les infirmiers à la cuisine, à la lingerie, à la buanderie, aident à apporter non seulement leurs aliments, mais aussi ceux des

(1) Voir le *Compte rendu* de 1901, p. LXXV.

sous-employés qui peuvent ainsi rester dans le service au lieu de perdre du temps dans les services généraux. Si dans ces courses les infirmiers et les infirmières répondaient à nos désirs, il y aurait matière à des *leçons de choses*. En tout cas, c'est une distraction pour les enfants qui se sentent plus libres.

Quelques enfants, avec notre autorisation, et de bonne volonté, rendent de petits services aux sous-employés, montent du charbon, de l'eau — en particulier dans les logements des ateliers puisque, malgré nos réclamations, il n'y a pas de prise d'eau au second étage. Ils en sont récompensés par de modiques allocations. Les en priver les affligerait et les priverait du plaisir de se rendre utiles aux personnes qui leur sont dévouées.

Plus les enfants sont occupés, plus leurs occupations sont variées, plus leur physique, leur moral et leur intelligence en profitent, moins il y a de querelles, de rixes et de pratiques solitaires ou autres plus graves. Ordre est venu de l'Administration de ne plus employer les enfants à toutes ces petites besognes. Inutile de dire que nous n'avons pas été consulté. C'est ainsi que l'Administration nous seconde dans notre tâche ! Espérons que M. Mesureur lèvera cet interdit !

Hygiène sexuelle. — L'un des obstacles qui s'opposent le plus à l'acquisition de résultats encore plus considérables que ceux que nous enregistrons, c'est l'*onanisme* relevé comme fréquent chez les enfants. Pour y remédier nous intervenons sans cesse auprès des enfants, nous recommandons aux instituteurs de veiller à ce que les enfants soient toujours accompagnés des infirmiers de classe quand ils vont aux cabinets d'aisances ; aux infirmiers-veilleurs d'être très attentifs et d'empêcher les enfants de mettre leur

mains dans les poches de leur pantalon, de se coucher sur le ventre. Malheureusement soit indifférence, soit incapacité et absence de conviction, nous n'obtenons pas de tous le concours indispensable. Nous faisons veiller le plus possible à l'*hygiène sexuelle*.

Pour appuyer la nécessité de se conformer à nos indications, nous citons l'exemple des enfants dont l'état mental est dû surtout aux habitudes solitaires. Nous insistons sur les conséquences physiques, intellectuelles et morales : amaigrissement, affaiblissement progressif des forces, troubles de la marche, tremblements, hébétude de la physionomie (pupilles dilatées, yeux cernés, teint jaunâtre, pustules d'acné, etc.), la diminution de la volonté, de la mémoire, de l'activité intellectuelle, l'inaptitude non seulement au travail scolaire mais aussi au travail manuel, l'indifférence aux jeux ; la tendance à l'isolement, la diminution de la sociabilité, des sentiments affectifs envers parents, maîtres, camarades ; la disparition de la gaieté, l'énervement, l'irritabilité, la désobéissance. L'onaniste n'a d'énergie que pour se livrer à ses mauvaises habitudes. Enfin nous nous appuyons sur les conséquences quotidiennes de l'onanisme, apathie pour le travail, et ultérieurement : spermatorrhée, impuissance, démence, — pour inciter tous nos auxiliaires à exercer une surveillance très rigoureuse et de tous les instants.

*
* *

Promenades et distractions. — Les enfants de la *grande* et ceux de la *petite écoles*, qui sont propres, ont continué, comme les années précédentes, à faire des promenades soit à Paris, soit aux environs de l'hospice. Dans ces promenades, les instituteurs et les institutrices DOIVENT donner des *leçons de choses*

et exercer les enfants aux différents jeux en plein air (jeu de billes, de ballon, etc.) Voici l'énumération des principaux endroits où ils sont allés en promenade cette année : Arcueil-Cachan, Créteil, bois de Gournay, Gentilly, Ivry, jardin d'Acclimatation (1), jardin des Plantes, jardin du Luxembourg, musée de Cluny, parc de Montsouris, Robinson, Villejuif, Vincennes, Vitry. Ils ont également visité la fête du Lion de Belfort, de la place d'Italie, la Foire aux pains d'épices, etc.

Les *distractions* ont été aussi nombreuses cette année que les années précédentes. Notons la distribution des jouets du jour de l'an, donnés par l'Administration; les déguisements du *Mardi-Gras* et de la *Mi-Carême*, la distribution des jouets de Noël, offerts par la société du « *Joyeux Noël* ». Nous adressons à cette société tous nos remerciements. — A citer aussi le concert organisé par le « Comité des frères Lionnet » auquel, comme les années précédentes, les artistes des principaux théâtres et concerts de Paris ont prêté leur concours. Tous les enfants valides de Bicêtre et de la Fondation Vallée y ont assisté. — Signalons enfin, organisés par les enfants, une grande tombola (2) et quatre concerts dont un suivi d'une piécette. Les familles assistent aux fêtes organisées par les enfants.

Les enfants ont encore bénéficié de plusieurs représentations gratuites dans les divers cirques et théâtres installés à la fête du Lion de Belfort, à la Place d'Italie, à la foire au pain d'épice et sur l'avenue de Bicêtre. — Les jardiniers sont allés avec leur maître, M. V. Mes-

(1) Nous adressons à M. Porte, directeur de ce bel établissement, tous nos remerciements pour la bonne grâce qu'il met chaque année, sur notre demande, à *autoriser* nos enfants et les petites filles de la Salpêtrière à visiter le Jardin d'Acclimatation.

(2) Le produit de cette tombola, soit un bénéfice net de 505 fr. 60, nous a permis d'acheter des instruments pour la fanfare.

NARD, à l'*Exposition de chrysanthèmes* et à l'*Exposition d'horticulture*. Les *imprimeurs*, sous la conduite de leur maître, M. MARÉCHALLAT, ont visité dans tous ses détails l'école Estienne.

Caisse d'épargne. — Elle est confiée au premier de nos instituteurs, M. MESNARD. Les recettes ont été, pour l'année, de 72 fr. Le total général des sommes recueillies depuis 1892 s'élève à 2.184 fr. 65.

Visites. — Les enfants ont reçu 8.488 visites; les visiteurs ont été au nombre de 13.559. Voici la statistique des *permissions de sortie* et des *congés*:

Permissions de sortie d'un jour	712
— — de 2 jours	239
Congés de 3 jours	19
— 5 —	597
— 8 —	17
— 15 —	9
— 1 mois	6
Total	1.599

C'est à la suite d'un échange de lettres avec M. le Directeur de l'Assistance publique et la Préfecture de Police que nous sommes arrivé (22 octobre 1880) à être autorisé à accorder aux malades des *congés* d'une ou deux semaines, qui ont l'avantage de nous fournir un élément sérieux d'appréciation, au point de vue de la guérison ou de l'amélioration des malades et qui, pour quelques enfants, nous procurent un moyen d'action très-puissant. Ces sorties, ces congés, n'offrent aucun inconvénient et font réaliser des économies notables qui devraient être consacrées, au moins en partie, à améliorer notre matériel scolaire et à mieux entretenir les pavillons de la section (1).

(1) Il n'y a pas eu moins de 3.493 journées d'absence d'enfants; le prix de

Les visites des familles au parloir ne sont pas suffisamment surveillées, répéterons-nous. Trop souvent les parents ne se gênent pas pour introduire des aliments, du vin et des liqueurs qu'ils font absorber en quantité exagérée aux malades. De là des accidents auxquels il faut remédier et une augmentation des accès épileptiques. De plus, les parents donnent de l'argent aux enfants, autre abus qui est une source d'ennuis pour tout le monde : rixes, vols, trafics, etc.. Nous signalons encore une fois à l'Administration la nécessité de remédier à tous ces abus regrettables (1).

Vaccination et revaccination. — Nous avons continué, pratique qui remonte à 1880, la vaccination et la revaccination de tous les malades entrés durant l'année et des enfants dont la revaccination remonte à 6 ou 7 ans. Comme d'habitude, cette opération a été faite par les élèves de l'École d'infirmiers et d'infirmières de Bicêtre, sous notre direction et celle de nos internes, avec le concours de la sous-surveillante, Mme BOHAIN. Elles ont été au nombre de 81 ; 7 infirmiers ou infirmières seulement ont consenti à se faire revacciner. Parmi les malades 8 ont été revaccinés avec succès.

Service dentaire. — M. le Dr DUMONT est venu chaque semaine donner des soins à nos malades au point de vue de la dentition et de l'hygiène de la bouche. Il nous remet sur chacun d'eux une note spéciale. Rappelons qu'en faisant instituer ce service

---

journée étant de 2 fr. 20, il s'ensuit une *économie pour l'Assistance publique* de 7.684 fr. 60, qui, nons le répétons, devraient être appliqués à l'entretien des bâtiments qui sont dans un état de plus en plus déplorable.

(1) Les visites ont lieu le jeudi et le dimanche de midi à 4 heures, il conviendrait de les réduire de midi à 2 heures, ce qui permettrait de faire faire ensuite une promenade aux enfants.

dentaire, notre but était de remédier aux nombreuses défectuosités de la dentition chez nos enfants et aussi d'avoir, chaque année, une note, prise par un *homme compétent*, sur la *dentition de tous les enfants.*

Bains et hydrothérapie. — Les bains et les douches, joints à la gymnastique, à l'emploi des bromures, surtout de l'élixir polybromuré (formule YVON), du bromure de camphre (préparations du D[r] CLIN), plus actif et plus absorbable que les autres préparations similaires qui nous ont été fournies par l'Administration, et des médicaments antiscrofuleux, ont continué comme par le passé à être, avec les purgatifs, surtout chez les épileptiques, la base du traitement en 1901. Nous avons, de plus, essayé de nouveau l'*adonis vernalis* et les *pilules de Méglin*, mais sans résultats appréciables. — Il a été donné dans le cours de l'année 17.768 *bains*, ainsi répartis :

Bains simples	15.181
— salés	839
— amidonnés	617
— alcalins	273
— au personnel	858
	17.768
Bains de pieds	7.960
Douches	56.404
— externes	1.716
Soit	58.120

Ces chiffres se passent de commentaires. Nous formulons le vœu, dans l'intérêt des enfants, que l'Administration se préoccupe sérieusement de prendre les mesures nécessaires pour assurer le fonctionnement régulier de cette partie si importante du service : 1° en assurant le chauffage du service ; 2° en fournissant chaque jour le linge nécessaire ; 3° en

faisant procéder d'urgence aux réparations des baignoires ou à leur remplacement. Dans un tel service la propreté ne peut être assurée et la guérison du gâtisme obtenue que par un service régulier des bains, douches, etc.

Nous avons toujours été un partisan convaincu de l'hydrothérapie. Personnellement, sur les conseils et à l'incitation de N. Pascal, notre co-rédacteur au *Mouvement médical*, et de notre collégue d'internat, le Dr Laburthe, nous avons commencé à faire de l'hydrothérapie en 1865-66 et, depuis, nous n'avons jamais cessé. Ce n'était pas la mode alors et nous nous souvenons qu'à l'hôpital Saint-Louis aucun de nos colléges ne fréquentait la salle des douches.

Après la guerre, M. Charcot avait bien voulu nous confier l'observation et le traitement de ses épileptiques: cela a duré jusqu'en 1879. Nous avons eu recours souvent, chez elles, à l'hydrothérapie. De même chez les épileptiques du service de Delasiauve, pendant les remplacements que nous y avons faits (1877-1879). Nous avons généralisé cette pratique lorsque nous avons été chargé de la section des épileptiques (adultes et enfants) de l'hospice de Bicêtre, ensuite de la nouvelle section des enfants.

En 1882, dans sa remarquable thèse inaugurale, l'un de nos élèves, P. Bricon, après avoir tracé un historique aussi complet que possible de la question, a consigné les résultats de notre pratique pendant les années 1880 et 1881. L'année suivante dans un travail commun, nous avons résumé, en plus, les résultats de 1882. Depuis, tous les ans, dans le Compte-rendu de notre service, nous avons indiqué le nombre des douches et des bains administrés dans l'année.

Le grand nombre de douches données dans le ser-

vicé nous permet chaque année d'apprendre à tous nos infirmiers et infirmières, à une partie de ceux de l'hospice, à les administrer d'une façon convenable. Sachant combien les doucheurs et les doucheuses des hôpitaux, et il en est de même dans beaucoup d'établissements ordinaires de la ville, sont inexpérimentés, nous avons demandé à l'Administration de nous envoyer les doucheurs et les doucheuses des établissements-écoles l'an dernier et cette année. La plupart sont venus et ont pu à leur tour enseigner aux élèves des écoles à donner des douches. En faisant ces *leçons de douches*, nous pensons avoir été très utile aux malades qui pourront retirer de l'hydrothérapie les bienfaits qu'ils sont en droit d'en attendre.

Tantôt l'hydrothérapie est donnée seule (1), tantôt, ainsi que nous venons de le dire (2), nous y joignons divers médicaments, surtout les poly-bromures et le bromure de camphre (grand mal et vertiges ou vertiges seuls). Les bains, les douches, ajoutés à la *gymnastique* (mouvements, agrès), à la danse, à l'escrime, au travail manuel, soit dans les ateliers, soit dans les jardins, constituent, à notre avis, les plus puissants agents thérapeutiques contre les diverses formes du mal caduc et ses complications. Joints aussi aux purgatifs, ils assurent le bon fonctionnement de la peau, l'élimination du bromure. Aussi n'avons-nous jamais de bromisme.

Nous avons eu recours aussi, comme les années

---

(1) Douche froide en jet en éventail, seule, sur tout le corps (dos, côté droit, poitrine, côté gauche, dos), en terminant par les pieds, en tout de 25 à 35 secondes ou encore : jet en éventail et douche en pluie pendant 20 à 25 secondes ; douche en jet pendant 10 à 15 secondes.

(2) Nous avons toujours prescrit les *bains* et l'*hydrothérapie* aux *syphilitiques*, en plus du traitement spécifique (deux fois par an) et des purgatifs. Chez aucun de ceux que nous avons pu suivre et qui se sont conformés à nos conseils, il n'est survenu, jusqu'ici, d'accidents cérébraux.

précédentes, avec des résultats incontestables, à la *médication thyroïdienne* chez un certain nombre de malades, idiots myxœdémateux (1), mongoliens, nains et obèses. — Nous espérons pouvoir publier prochainement un résumé des améliorations enregistrées chez ces différentes catégories de malades.

Améliorations diverses. — Le traitement de MM. MESNARD, LANDOSSE et DERUETTE a été porté pour le premier de 2.700 à 3.000; pour le deuxième de 2.100 à 2.400 et pour le troisième de 1800 à 2.100 MM. LELIÈVRE, GÉLIN, infirmiers, Mme BILLOT-MOREL, infirmière ont été promus à la première classe. Signalons enfin que, M. Sutter, professeur de chant, a obtenu les palmes académiques.

Au nombre des améliorations diverses, nous citerons l'achat d'une seconde lanterne à projections, d'un appareil photographique, d'un nouveau compendium métrique, de diverses planches anatomiques, etc..

Visites du service. — La section a été visitée, en 1902, par le Dr Arraga, directeur de l'hôpital des Enfants-Malades à Buenos-Ayres; M. Aubert instituteur à Orléans; Dr F. Hogdan, de Vienne (Autriche); Mlle Marie Brichtova de Prague (Bohême); Dr Paul Rybakoff, médecin-adjoint à l'asile d'aliénés Préobrajensky, à Moscou (Russie); M. Léon Bourgeois, député de la Marne; Dr José; M. Baralt y Gneco, de Puerto-Rico; Professeur L. Bianchi, député au parlement italien; Dr Bomfini, directeur de l'Institut Médico-pédagogique de Rio de Janeiro; Dr Cullie et son fils, à Hyde-Parck (Angleterre); Dr F. Cortabarria.

---

(1) Dans les observations que nous avons publiées depuis 1880, nous avons presque toujours mentionné leur régime alimentaire. D'après un relevé comprenant 21 cas du service, tous prenaient de préférence ou exclusivement du lait, des légumes et des œufs ; ne .f mangeaient un peu de viande.

Dr Ed. Claparède, privat-docent à l'Université de Genève (Suisse); Dr Vito Capriati, médecin aliéniste à Naples; Mlle Doboowolska, à Librairie (Varsovie); Dr A. Dupont, à Ermelo; Dr Dureau, bibliothécaire de l'Académie de médecine de Paris; Dr Julio N. Ferrer, de Porto-Rico; Dr Adolfo Güemes, de Buenos-Ayres; Dr Joseph Ficheman, médecin de l'asile des aliénés de Pérué (Russie); Miss Ethel L. Bixon, de Sutten Surrey (Angleterre); Dr Manuel Gurria, de Barcelone (Espagne); Dr Georges Guillain, chef de clinique du Pr Raymond; Dr Goyard, de Paris; Drs Edmond E. Escomel et Médina d'aréquipa (Pérou); Dr Ant. Heveroch, agrégé de l'Université Tchèque, médecin de la Maison des aliénés, à Prague (Bohème).

Dr Charles Haeberlin; Dr Harlet, de Roubaix (Nord); Dr Francisco de Jeaza de Guoyaquil (République de l'Équateur); Dr Pedro Idoyaga, à Viscaya (Espagne); Dr F. Kortlang J. Ezn; D. Victor de Klimenko, médecin en chef des asiles pour les épileptiques, à Pétersbourg et directeur de l'hôpital Se Olga (Russie); Dr Alexandre Lasoursky, assistant de clinique des maladies mentales de Pétersbourg (Russie); Dr Larrinaga, à Viscaya (Espagne); M. René Lafarge, avocat à la Cour d'Appel de Paris; M. Louis Lefèvre, de Paris; M. Gabriel Leitoissien, étudiant en médecine, à Paris.

Mlle Lack, maîtresse de classe d'enfants anormaux de Genève (Suisse) (1); Dr Ladame, de Genève (Suisse); Dr John Love, Glasgow (Angleterre); Dr Milan Mixa, médecin de l'Hôpital général de Prague (Bohème); Dr J. Martinez, de Buenos-Ayres; Mlle Mengin, institutrice à Veizer sur Trezè: Dr Oscar Orlitzky, de Moscou (Russie); Dr José Palancar, professeur à la Faculté

(1) Mlle Lack est venue, comme autrefois Mme la Docteresse Montessori, suivre régulièrement tous les exercices pendant plusieurs semaines.

de Madrid (Espagne); M. B. Pegmen, instituteur en Hollande: M. Marcel Plessix, sous-lieutenant au 5e génie (Paris); Mlle Picard, institutrice à Ouzouer sur Trezé; Dse Louise G. Robinovitch, de New-York; Dr Vladimir Skalicha, chef de service à l'Institut anatomo-pathologique de Prague (Bohème).

Dr Charles Scapucci, assistant à la Clinique Médicale de l'Institut Supérieur de Florence, sous-Directeur du Sanatorium Casanuova (Italie); Dr Soutzo fils, de Paris; M Jiro Shimoda, Professeur à Tokio (Japon); Dr N. Stoenesco, médecin expert près le Tribunal Itfow, de Bucarest (Roumanie); Dr Albert Seiler, de Zurich (Suisse); Dr Serge Stoupine, médecin de l'hôpital d'Aliénés d'Alexiew de Moscou (Russie); Dr Viktor Stretti, de Prague (Bohème); Melle Scurewalde, de Librairie (Varsovie); M. E. W. Scripture, Professeur à l'Université de Yale (Etat-Unis); M. Démettre J. Serbanesco, externe qes Hôpitaux de Paris; Dr Léon Thivet, médecin en chef de l'asile de Clermont (Oise); Melle Marie Vesolikovà, de Prague (Bohème); Dr Villeneuve, Professeur de pathologie mentale et de Médecine légale à l'Université Laval, de Montréal (Canada); Ds Otto Veraguth, Président de l'Univesité de Zurich (Suisse); Dr Agnès C. Victor, de Boston; Dr F Votruba, médecin général de Prague (Bohème); Dr Félix Weber, de Vesstal (Suisse); M. Hermann Walter, de Montréal (Canada.

Enfin, de même que les années précédentes, la *Commission de surveillance des asiles de la Seine* et celle du *Conseil général* ont visité le service dans le courant de l'année.

*
* *

Nous consacrons d'habitude la matinée du *samedi* à recevoir les visiteurs. Presque tous ceux dont nous

venons de citer les noms sont venus ce jour-là. Nous convoquons, à leur intention, les professeurs de chant, de gymnastique, de danse et parfois les maitres d'escrime, dont les heures de leçon ne coïncident pas avec l'heure de notre visite (1). En leur demandant ce déplacement et en nous imposant la fatigue très grande de montrer non seulement l'organisation du service des enfants, mais encore son *fonctionnement médico-pédagogique* dans tous ses détails, notre but est de faire comprendre aux visiteurs l'importance de l'œuvre que nous avons pu réaliser naguère, avec l'appui du Conseil municipal (1882-90), de fournir à beaucoup d'entre eux les arguments qui militent en faveur de l'*hospitalisation* malgré l'opposition de l'Administration et du Conseil de surveillance de l'époque (2) et de l'*éducation* de cette catégorie d'enfants anormaux et les convaincre de la possibilité de les améliorer et même de les guérir par l'application régulière, méthodique et *prolongée* du *traitement médico-pédagogique*. Les visites faites dans la journée, en dehors de nous, ne permettent pas d'avoir une idée exacte de ce qui se fait dans le service. On a une idée des bâtiments mais non du traitement médico-pédagogique.

*
* *

Nous nous efforcerons de maintenir ces visites du *samedi* afin d'expliquer aux visiteurs, la plupart médecins étrangers, l'organisation que nous avons créée en dépit des obstacles dressés sans cesse devant nous, pour nous décourager ; afin de les mettre ainsi

---

(1) Le professeur de gymnastique vient le matin de 8 à 9 heures. Le professeur de chant de 4 à 5 heures.

(2) Voir *Histoire de la section des Enfants de Bicêtre*, par Bourneville, (1879-1892).

en mesure de fonder dans leurs pays, s'ils en sont dépourvus, des asiles-écoles semblables. Si, nous disparu, notre œuvre périclite ou disparait en France, comme a disparu tout ce que Leuret et Séguin avaient organisé, car nous ne nous faisons pas d'illusion sur l'absence de conviction administrative, nous avons le ferme espoir qu'elle sera continuée, développée, perfectionnée dans les autres pays et peut-être aussi en province. Notre plaidoyer en faveur de ceux qui ne peuvent plaider pour eux-mêmes n'aura pas été stérile.

*
* *

Musée pathologique. — Ce musée s'est notablement enrichi en 1902, ainsi que le montre le tableau suivant.

Bustes en plâtres	611
Plâtres divers	71
Squelettes entiers	67
Squelettes de la tête	254
Calottes craniennes	351
Cerveaux d'idiots et d'épileptiques (enfants et adultes)	480

Comme les années précédentes, nous avons repris dans le cimetière de la commune de Gentilly, lors du relèvement des corps de nos malades décédés cinq ans auparavant, les *crânes* et les *squelettes* entiers, quand il s'agit d'*hémiplégiques* ou de malades dont le squelette présente des particularités (exostoses, rachitisme, etc.). C'est cette pratique qui explique l'enrichissement rapide de notre musée depuis l'année 1887 (1).

Le musée reçoit en outre toutes les *photographies* des malades décédés, leurs *observations* reliées chaque année, qui forment actuellement 27 volumes, les

(1) Autorisation de M. Gragnon, préfet de police, en date du 7 février 1887.

photographies des *cerveaux* qui composent 12 volumineux *albums*, les *cahiers scolaires* que nous avons institués dès 1880, c'est-à-dire 7 ans avant leur introduction dans les écoles publiques. Les visiteurs peuvent, au moyen du *Catalogue* que nous avons refait nous-même pour les années 1879 à 1902, avoir tous les renseignements désirables sur les pièces anatomo-pathologiques du musée.

II.

ENSEIGNEMENT PROFESSIONNEL.

Cet enseignement a été dirigé en 1902, de même que les années précédentes, par MM. LEROY pour la *menuiserie* (1882-1902), ALLÈNE pour la *couture* (1883-1902), DUMOULIN pour la cordonnerie (1888-1902), MORIN pour la *vannerie*, le *paillage* et le *canage des chaises* (1889-1902), MARÉCHALLAT pour l'*imprimerie* (1889-1902), GAIE pour la *serrurerie* (1895-1902), MESNARD pour le *jardinage* (1896-1902), GANIF pour la *brosserie* (1901-1902) (1).

(1) Chaque fois que nous avons un nouveau chef d'atelier nous insistons pour qu'il suive les cours de l'École d'infirmiers. En contact avec des malades sujets à des chutes convulsives, à des impulsions, etc., il est nécessaire qu'il soit en mesure de leur venir en aide *de suite* et comprenne qu'il a affaire à des malades. MM. Ganif et Mesnard ont reconnu cette nécessité et suivent les cours. Il devrait en être de même pour *tout le personnel* en rapport avec les malades. Dans un hôpital, un hospice, un asile, tous devraient être en mesure d'intervenir en cas de nécessité.

De même aussi que les autres années, nous n'avons qu'à les féliciter tous, non seulement pour le zèle et l'intelligence qu'ils apportent chaque jour à donner l'*instruction professionnelle* aux enfants, mais encore pour la bonne direction morale qu'ils savent leur imprimer. Le tableau suivant met en évidence les résultats obtenus par eux en 1902 et qui se chiffrent par 28.786 fr.

Les travaux de *jardinage* seuls ne sont pas évalués, et comme nous l'avons souvent dit et écrit, bien qu'il soit difficile d'en faire une estimation précise, nous croyons que l'Administration aurait intérêt à essayer d'en avoir tout au moins une *évaluation approximative*. Les sept maîtres, non compris le jardinier, dont le travail de ses apprentis et le sien dépassent assurément le salaire — sont payés à raison de 6 fr. 50 par jour, soit pour l'année 16.607 fr. 50.

Le TRAVAIL DES ENFANTS, évalué par l'économe, M. MAUPRÉ, et par l'architecte, M. DELAHAYE, *couvre* donc : 1° la *dépense occasionnée* par le SALAIRE DE LEURS MAITRES ; 2° l'*intérêt* à 4 °/₀, taux légal, du capital employé pour la construction des ateliers (210.000 francs), soit 8.400 fr. ; 3° les *gratifications* hebdomadaires données aux enfants, le samedi, à titre de récompense variant de 5 à 50 cent. par semaine et qui s'élèvent à 1.560 francs pour toute l'année. De plus, il y a un bénéfice de 2.219 fr. qui vient atténuer les dépenses d'entretien des enfants. Cette somme, comme celle réalisée sur les permissions de sortie et les congés, 7.684 fr. (1), soit au total près de *dix mille francs* — sans compter les économies de linge dont nous avons parlé, devrait en bonne justice être employée, nous le

(1) Voir la note 1 de la page XXXVII.

ATELIERS.	DATE DE L'OUVERTURE	1896		1897		1898		1899		1900		1901		1902	
		Nombre d'apprentis au 31 décembre	Valeur de la main-d'œuvre	Nombre d'apprentis au 31 déc.	Valeur de la main-d'œuvre	Nombre d'apprentis au 31 décembre	Valeur de la main-d'œuvre	Nombre d'apprentis au 31 décembre	Valeur de la main-d'œuvre	Nombre d'apprentis au 31 décembre	Valeur de la main-d'œuvre	Nombre d'apprentis au 31 décembre	Valeur de la main-d'œuvre	Nombre d'apprentis au 31 décembre	Valeur de la main-d'œuvre
Menuiserie..	16 sept. 1883	24	5008 60	24	5112 »	20	5147 70	29	4405 »	25	4395 50	20	4147 »	17	3591 »
Serrurerie...	16 janv. 1884	12	4079 50	14	3806 »	15	3844 »	12	3849 »	12	3726 »	16	4039 »	12	4819 »
Vannerie....	20 oct. 1884	13	2121 70	12	2070 35	15	2301 55	14	2559 40	16	2014 95	16	1904 65	12	1827 25
Rempaillage	16 janv. 1885	4	230 05	2	203 »	2	179 25	4	465 45	5	386 »	5	342 50	4	226 05
Couture.....	8 oct. 1883	52	5441 55	51	6226 »	47	4701 25	40	4393 50	32	4004 70	34	4035 10	38	4078 40
Cordonnerie.	8 oct. 1883	32	4032 25	28	3545 50	27	3724 75	32	3520 25	21	3568 »	18	2948 »	18	2545 50
Brosserie...	26 nov. 1888	8	4357 10	10	4842 60	8	4842 30	8	4020 65	8	3410 72	7	5152 85	8	5444 60
Imprimerie.	8 juin 1889	10	4802 »	9	5438 45	10	4569 60	8	5901 25	10	5777 80	8	7223 85	8	6254 35
	Totaux....	159	30072 75	150	31243 90	144	29310 40	147	29114 50	129	27283 67	124	29792 95	117	28786 15

ANNÉES	Nombre d'apprentis	Travail évalué	ANNÉES	Nombre d'apprentis	Travail évalué
1884........................	91	13.775 »	1889........................	187	21.752 20
1885........................	107	16.074 »	1890........................	187	29.932 60
1886........................	159	17.876 »	1891........................	162	31.762 75
1887........................	197	18.107 »	1892........................	192	34.242 35
1888........................	184	21.254 »	1893........................	198	33.666 25
1894 ... 175 apprentis.		Travail évalué.... 27.588 fr. 50	1895 ... 168 apprentis.		Travail évalué.... 31.993 fr. 50

Produits fabriqués dans les ateliers en 1902.

BROSSERIE.

9.014 brosses en tous genres (dont 6.710 pour le Magasin Central des hôpitaux).

VANNERIE.

243 mannes neuves fabriquées, 271 mannes réparées, 220 chaises cannées et rempaillées.

COUTURE.

490 pantalons, 524 vestons, 476 gilets, 131 robes, 135 maillots, 10 maillots treillis pour déchireurs.

MENUISERIE.

3 séries complètes des objets servant à l'enseignement. — 2 tables scolaires. — 1 armoire pour le musée. — 1 armoire pour l'imprimerie. — 1 grand coffre-banquette. — Fait toutes les réparations, bancs, tables, portes, jeux, etc.

SERRURERIE.

30 chaises. — Objets de tour : 925.

CORDONNERIE.

365 paires de chaussures neuves, 140 paires sur mesure, 575 ressemelages.

IMPRIMERIE.

Compte-rendu du service de l'année. — Ordres du jour des Commissions. — Affiches diverses. — Entêtes de lettres. — — Divers imprimés pour les Ecoles d'infirmières : Palmarès. Diplômes, etc. — Feuilles d'Alphabet pour les classes. — Travaux divers pour les hôpitaux, pour la Société Amicale des Employés de l'A. P. — Fait tous les imprimés pour la Société du Personnel hospitalier de l'A. P., etc., etc..

répétons, sinon en totalité au moins en grande partie, à assurer le *bon entretien du service* et à l'amélioration du matériel d'enseignement.

Pour permettre à tous d'apprécier les résultats économiques de l'*enseignement professionnel* et du travail accompli, au point de vue *pratique*, nous avons donné à la page L l'énumération sommaire de ce qui a été fait dans les divers ateliers en 1902.

Nous n'insisterons pas sur les avantages que procurent ces ateliers tant au point de vue de l'intérêt des malades eux-mêmes qu'à celui de l'Administration. Nous ajouterons seulement qu'il serait convenable, à tous les égards, que nos anciens malades qui passent soit dans les sections d'aliénés adultes, soit dans la division des incurables de l'hospice, trouvent un meilleur accueil dans les ateliers de l'hospice et que les chefs de ces ateliers leur témoignent plus de bienveillance. Il y va de l'intérêt des malades, supérieur à toute autre considération, et de l'intérêt financier de l'Administration.

Tel est le résumé de l'enseignement professionnel en 1902. Il importe de ne pas oublier que nos ateliers ne sont nullement comparables à ceux de l'orphelinat Prévost à Cempuis et de l'école d'Alembert à Montévrain, par exemple, où les apprentis sont des enfants normaux, sains de corps et d'esprit, et même choisis parmi les plus intelligents des candidats. Nos apprentis, à Bicêtre, sont non seulement des enfants *anormaux*, mais encore des enfants *malades :* quand ils ont, les uns des accès épileptiques, convulsifs ou psychiques, les autres des impulsions ou des périodes d'*excitation*, ces jours-là et les jours qui suivent, ils ne peuvent travailler ni à l'école, ni à l'atelier. Un autre fait qui contribue à différencier nos apprentis de ceux que nous avons cités, c'est qu'ils ont des *per-*

missions de *sortie* et des *congés*, sur la demande des familles, à toutes les époques de l'année, qu'ils ont des *visites* les jeudis et dimanches souvent trop prolongées, enfin que deux fois par semaine ils font des *promenades* aux environs de l'hospice ou dans Paris, promenades qui font perdre une demi-journée de travail.

Administrativement, après avoir douté de la possibilité de faire travailler les enfants idiots, arriérés et épileptiques, et avoir protesté contre la construction des ateliers, certains auraient de la tendance à vouloir considérer nos malades comme des *apprentis ordinaires* qui, suivant la pratique abusive des couvents, doivent fournir régulièrement une somme de travail fixe. Et on y tend administrativement, car on voudrait leur faire faire tous les travaux d'entretien de la section, oubliant qu'il s'agit *d'ateliers d'enseignement* et que si le maître et un apprenti sont occupés, par exemple, à réparer une porte, les autres enfants n'ont plus de guide et ne s'instruisent pas.

Nous le répétons, ce qui doit primer dans notre service, c'est l'*influence morale* du travail, qui est l'adjuvant du travail scolaire, des exercices physiques, du traitement médical et non le *produit* lui-même (1), bien qu'il ne soit pas à dédaigner. Les enfants eux-mêmes sont heureux de voir que *leur travail est productif*, qu'il se traduit par des résultats pratiques et que tout ce qu'ils font contribue à leur bien-être, à leur enseignement et à l'entretien de leur section.

(1) Nous insistons sur ce fait : c'est que nous n'intervenons en quoi que ce soit dans l'évaluation de ce produit; c'est l'affaire de M. l'économe et de M. l'architecte.

III.

STATISTIQUE. MOUVEMENT DE LA POPULATION.

Le premier janvier 1902, il y avait dans le service 438 enfants (1) se décomposant ainsi : 413 enfants *idiots, imbéciles* ou *épileptiques*, dits *aliénés* et 25 réputés *non aliénés*. Cette distinction, qui s'applique aux épileptiques adultes aussi bien qu'aux enfants, est purement *administrative* et il est difficile de la justifier médicalement. Les *épileptiques dits non aliénés* sont placés par l'Assistance publique et sont à la charge du *budget municipal*; les *épileptiques aliénés* sont placés suivant les prescriptions de la loi du 30 juin 1838 et à la charge du *budget départemental*.

Sur ce nombre 122 étaient atteints de *gâtisme*; 41 d'*incontinence nocturne d'urine* seulement; 14 de *cécité complète*; 7 de *cécité incomplète*; 7 de *surdi-mutité*; 6 de *surdité*; 3 étaient *bègues*; 12 présentaient du *mutisme volontaire*; 29 des *impulsions violentes* ou des *accès de colère*; 44 étaient *menteurs* à un degré vraiment pathologique; 16 étaient atteints de *dacnomanie*; 5 de *pyromanie*; 10 d'*écholalie*; 17 de *krouomanie*; 16 de *clastomanie*; 14 de *coprolalie*; 21 de *kleptomanie*; 6 d'*echokinésie*, 8 de *rumination*; 3 étaient *déchireurs d'ongles*; 16 étaient *flaireurs*, 17

(1) C'est-à-dire 38 de trop la section ayant été conçue seulement pour 400 *enfants*.

étaient *baveux* ; 2 étaient atteints d'*hydromanie*, 13 d'*hydrophobie*, 18 de *coprophagie* ; 54 étaient *onycophages*, 155 *onanistes* ; 22 présentaient du *nystagmus* ; 72 étaient *strabiques* ; 3 présentaient de la *dépression mélancolique* ; 17 avaient des *tics convulsifs* (lèvres, paupières, etc.), 45 avaient le *tic* du *balancement du corps* avec ou sans *rotation de la tête* ; 15 avaient un *tic coordonné des mains* ; 16 enfants idiots étaient *tourneurs* ; 19 étaient *sauteurs* et 5 étaient *grimpeurs*.

Deux enfants étaient atteints d'*hémimélie* ; 1 de *polydactylie*, 1 de *syndactylie* ; 3 de *malformations pathologiques de la main*, 1 d'*encéphalocèle*, 1 de *cyphose* (?), 47 présentaient des *pieds-bots* ; 2 étaient *hémiparésiques*, 15 *paraplégiques*, 32 *hémiplégiques*, 14 *diplégiques* ; 9 étaient atteints de *maladie de Little* ; enfin 13 étaient *athétosiques*.

Le tableau suivant résume le *mouvement de la population* en 1902.

MOIS.	ENTRÉES.	DÉCÈS.	SORTIES.					TOTAL DES SORTIES.
			sur demande.	par transfert.	par évasion.	par passage aux adultes.	par passage aux vieillards.	
Janvier	8	2	3	»	»	»	»	3
Février	10	4	1	1	»	»	»	2
Mars	13	3	1	9	»	1	»	11
Avril	9	»	6	»	»	»	»	6
Mai	1	»	1	»	»	2	»	3
Juin	6	1	4	»	»	11	»	15
Juillet	9	2	4	»	»	1	2	7
Août	7	2	3	2	»	1	»	6
Septembre	10	»	1	»	»	»	»	1
Octobre	8	1	2	7	»	»	»	9
Novembre	3	1	2	»	»	»	»	2
Décembre	6	1	1	»	»	1	»	2
Totaux	90	17	29	19	»	17	2	67

Décès. — Les décès ont été au nombre de 21 durant l'année 1902. Le tableau des pages LVII à LXIII fournit les renseignements concernant le diagnostic, la date et la cause du décès, ainsi que les principales particularités présentées par les malades.

Sorties. — Des 67 malades sortis de la section, 17 ont été dirigés sur l'une des sections d'adultes, 19 ont été transférés, 2 sont passés dans un des quartiers de l'hospice, 29 ont été rendus à leur famille, guéris ou améliorés ou sur la demande de celle-ci. Le tableau de la page LXIII à LXIX indique les motifs de la sortie, la nature de l'affection pathologique dont étaient atteints les malades sortis. Comme nous le disions encore l'an dernier, nous désirerions vivement suivre nos malades après leur sortie, savoir ce qu'ils deviennent, si l'amélioration réalisée par nous s'est maintenue ou même a augmenté. Malheureusement les moyens nous font défaut.

Nous envoyons le plus possible nos surveillants ou surveillantes visiter un certain nombre d'entre eux. Il ne les rencontrent pas toujours. Souvent la famille a déménagé et on ne peut avoir sa nouvelle adresse.

Parmi les enfants sortis, il en est qui sont enlevés prématurément par leurs parents. Ceux-ci les voyant très améliorés, par rapport à leur situation à l'entrée, les reprennent malgré nos conseils, alors qu'un séjour plus prolongé nous aurait permis d'obtenir des résultats plus complets.

Évasions. — Neuf évasions ont eu lieu dans le courant de l'année, celles des enfants Se..., Delf..., Mull.., Cuiz...., Gaut..., Calb.., Pach.., Vign.., et Crue... Ces différentes évasions n'ont donné lieu à aucune formalité légale. Les enfants nous ont été ramenés par leurs parents ou par des infirmiers envoyés à leur recherche.

NOMS.	AGE.	PARTICULARITÉS.	Date du décès.
Delplan	17 ans.	Idiotie. Epilepsie.	22 janvier.
Gauffe	17 ans.	Epilepsie. Déchéance.	31 janvier.
Fala	12 ans 1/2.	Idiotie profonde. Cécité.	6 février.
Fourn.........	2 ans 1/2.	Idiotie complète. Hydrocéphalie.	7 février.
Boud..........	9 ans 1/2.	Idiotie.	16 février.
Debar.........	36 ans 1/2.	Idiotie myxœdémateuse.	18 février.
Paris..........	17 ans 1/2.	Idiotie complète.	20 février.
Gab...........	14 ans 1/2.	Idiotie. Hémiplégie droite avec pied bot.	22 février.

CAUSE DU DÉCÈS.	PARTICULARITÉS.
Broncho-pneumonie.	Os du crâne épais, durs; pas de synostose. — Méningo-encéphalite disséminée. — Broncho-pneumonie.
Pneumonie centrale du poumon gauche.	Os du crâne épais et très durs; pas de synostose. — Méningo-encéphalite disséminée. Inégalité de poids de 45 gr. en faveur de l'hémisphère cérébral droit. — Foyer ocreux sur la partie moyenne de T^3, sur l'hémisphère cérébral gauche, répondant à l'inégalité de poids. — Pneumonie centrale du poumon gauche.
Cachexie tuberculeuse.	Os du crâne minces, tendres; pas de synostose. — État grêle des circonvolutions. — Cachexie tuberculeuse.
Cachexie progressive.	Os du crâne très minces et très tendres; pas de synostose; nombreuses plaques transparentes. — Persistance partielle de la fontanelle antérieure. — Hydrocéphalie : 650 gr. de liquide. — Distension considérable de l'aqueduc de Sylvius. — Persistance du thymus. — Cachexie progressive.
Cachexie.	Os du crâne minces; nombreuses plaques transparentes; pas de synostose. — Pas de lésions en foyers; pas de méningite. Traces de périsplénite. — Cachexie.
Syncope.	Os du crâne épais; coupe injectée de sang, ainsi que les sutures. — Pas de synostose. — Persistance de la suture métopique. — Rien d'apparent à l'œil nu dans les centres nerveux. — ABSENCE DU CORPS THYROIDE. — Syncope. — Hydropisie légère de la plèvre; Hydropisie du péricarde.
Broncho-pneumonie rubéolique.	Os du crâne assez épais; durs; pas de synostose. — Rien de particulier à l'œil nu dans les centres nerveux. — Broncho-pneumonie rubéolique. — Ectopie testiculaire. — Anomalie artérielle du rein droit.
Broncho-pneumonie rubéolique.	Os du crâne assez épais et assez durs. — Synostose complète de la suture sagittale et de la suture pariéto-occipitale. — Pas de lésions en foyer. — Pas d'aspect chagriné. — Broncho-pneumonie rubéolique.

NOMS.	AGE.	PARTICULARITÉS.	Date du dé
Lemer	6 ans.	Idiotie.	2 mars
Di	7 ans.	Idiotie, paraplégie.	8 mars
Mai	4 ans.	Idiotie complète.	20 mars
Johan	4 ans 1/2.	Idiotie complète symptomatique de sclérose atrophique. Diplégie prédominant à droite.	27 mai.
Duf	10 ans.	Idiotie complète.	20 juin.
Laur..........	12 ans 1/2.	Idiotie microcéphalique.	23 juillet
Guissi.........	4 ans.	Idiotie. Diplégie avec contracture.	26 juillet
Leland	2 ans 1/2.	Idiotie complète. Microcéphalie.	12 août.

CAUSE DU DÉCÈS.	PARTICULARITÉS.
Broncho-pneumonie rubéolique.	Crâne : trigonocéphalie et plagiocéphalie prononcée; os moyennement épais, peu durs; pas de synostose. — Méningo-encéphalite et tuberculose du cerveau. Broncho-pneumonie rubéolique.
Rougeole. Congestion pulmonaire.	Crâne : plagiocéphalie; os peu durs, peu épais; plaques transparentes; pas de synostose. — Méningo-encéphalite disséminée. — Congestion pulmonaire.
Cachexie.	Os du crâne minces, peu durs; pas de synostose. — Méningo-encéphalite disséminée. — Cachexie.
Tuberculose pulmonaire. — Pneumothorax.	Os du crâne minces, peu durs; pas de synostose. — Sclérose atrophique très étendue de l'hémisphère droit, limitée de l'hémisphère gauche. Méningo-encéphalite partielle. Persistance du trou de Botal. Ectopie testiculaire droite. — Tuberculose pulmonaire. — Pneumo-thorax.
Tuberculose pulmonaire.	Os du crâne moyennement épais, assez durs; pas de synostose. — Méningo-encéphalite disséminée. — Rein unique en fer à cheval. — Tuberculose pulmonaire.
Péritonite d'origine appendiculaire.	Crâne ovoïde; os peu épais et peu durs; nombreuses plaques transparentes; pas de synostose. — Microcéphalie, par arrêt simple des circonvolutions. — Persistance du thymus. — Péritonite d'origine appendiculaire.
Cachexie.	Os du crâne minces, peu durs; pas de synostose. — Pyramide antérieure droite moins large et moins saillante que la gauche. — Sclérose atrophique et méningo-encéphalite. — Inégalité de poids des hémisphères cérébraux et cérébelleux (hém. cérébral droit, 191 gr.; hém. cérébral gauche, 252 gr.; hém. cérébelleux droit, 57 gr.; hém. cérébelleux gauche, 53 gr.); — Cachexie.
Diarrhée verte.	Os du crâne minces, peu durs; plaques transparentes; pas de synostose. — Arrêt de développement des circonvolutions. — Diarrhée verte.

NOMS.	AGE.	PARTICULARITÉS.	Date du décès
Dem	12 ans.	Idiotie complète. Diplégie prédominant aux membres inférieurs.	22 septem[illegible]
Dum	5 ans.	Idiotie complète. Rachitisme.	6 octobre.
Tous	15 ans.	Idiotie. Epilepsie. Hémiplégie droite.	7 octobre.
Forg	14 ans.	Idiotie. Epilepsie. Déchéance.	2 novembre.
Ler	11 ans 1/2.	Idiotie complète. Autophagie.	9 décembre.

CAUSE DU DÉCÈS.	PARTICULARITÉS.
Tuberculose pulmonaire.	Os du crâne minces, peu durs; pas de synostose. Epaississement des méninges. — Hydrocéphalie ventriculaire. — Tuberculose pulmonaire.
Cachexie. Aucune lésion tuberculeuse.	Os du crâne très minces et transparents; pas de synostose. — Arrêt de développement léger des circonvolutions. — Méningo-encéphalite disséminée. Cachexie. Aucune lésion tuberculeuse.
Pacchyméningite et méningite chronique.	Crâne : plagiocéphalie légère. Synostose complète de la suture inter-pariétale. — Os très durs et très épais. — Epaississement notable de la dure-mère. — Sclérose atrophique de presque tout l'hémisphère gauche. Inégalité de poids des hémisphères cérébraux et cérébelleux (hém. droit, 530 gr. ; hém. cérébral gauche, 340 gr. ; hém. cérébelleux droit, 53 gr. ; hém. cérébelleux gauche, 65 gr.) Pacchyméningite osssifiante avec fausses membranes.
Tuberculose pulmonaire.	Os du crâne épais, lourds; pas de synostose. — Méningo-encéphalite. — Pas de granulations tuberculeuses. — Tuberculose pulmonaire avec noyau d'apoplexie.
Cachexie.	Os du crâne durs, épais; pas de synostose. — Sclérose atrophique de L. O. et méningo-encéphalite disséminée. — Cachexie.

NOMS.	AGES.	PROFESSIONS	NATURE DE LA MALADIE.	CAUSES DE LA SORTIE.
Henn	15 ans.	Serrurier	Épilepsie.	Rendu à sa famille qui s'oppose à son transfert le 10 janvier. Même état.
Roll........	18 ans.	Tailleur	Épilepsie.	Rendu à sa famille le 20 janvier. Amélioration.
Foog.......	17 ans.	Serrurier	Imbécillité.	Rendu à sa famille le 25 janvier. Amélioration.
Hennq	18 ans.	Tailleur	Imbécillité, Épilepsie.	Rendu à sa mére le 15 février. Amélioration.
Demar	15 ans.	Menuisier	Imbécillité, Épilepsie.	Transféré à Clermont (Oise) le 25 février. Même état.
Rich	18 ans.	—	Idiotie, Gâtisme.	Transféré à l'Asile de Villejuif le 19 mars. Même état.
Westerm ..	18 ans.	—	Idiotie complète.	Transféré à l'Asile de Villejuif le 19 mars. Même état.
Duponn	18 ans.	—	Imbécillité, cécité.	Transféré à l'Asile de Villejuif le 19 mars. Même état.
Seri........	18 ans	—	Imbécillité à un degré prononcé.	Transféré à l'Asile de Villejuif le 19 mars. Même état.

SORTIES.

Jaqu.......	20 ans.	Menuisier	Imbécillité, Epilepsie.	Transféré à l'Asile de Villejuif le 19 mars. Amélioration.
Pourq......	18 ans.	Cordonnier	Imbécillité, Epilepsie.	Transféré à l'Asile de Villejuif le 19 mars. Légère amélioration.
Charr......	18 ans.	Tailleur	Imbécillité, Surdi-Mutité, Cécité.	Transféré à l'Asile de Villejuif le 19 mars. Même état.
Yvi........	18 ans.	Cordonnier	Imbécillité à un dégré prononcé.	Tranféré à l'Asile de Villejuif le 19 mars. Amélioration.
Web.......	18 ans.	Cordonnier	Imbécillité, Epilepsie.	Transféré à l'Asile de Villejuif le 19 mars. Amélioration.
Hérer......	13 ans.	Cordonnier	Imbécillité, Epilepsie.	Rendu à sa mère qui le réclame le 21 mars. Même état.
Bouch......	18 ans.	—	Imbécillité, Epilepsie.	Passé aux adultes 5e 3e le 23 mars. Même état.
Pép.......	15 ans.	Menuisier	Dépression mélancolique.	Rendu à sa famille qui le réclame le 6 avril. Amélioration.
Pramagg...	6 ans.	—	Idiotie profonde, gâtisme. Impulsions violentes.	Rendu à sa famille qui le réclame le 6 avril. Même état.

NOMS.	AGES.	PROFESSIONS	NATURE DE LA MALADIE.	CAUSES DE LA SORTIE.
Duf........	16 ans.	Menuisier.	Arriération intellectuelle, Epilepsie.	Rendu à sa famille qui le réclame le 15 avril. Amélioration très-notable.
Derep......	17 ans.	Menuisier.	Imb. prononcée avec pervers. des instincts.	Rendu à sa famille qui le réclame le 22 avril..
Clouzeau...	18 ans.	—	Imbécillité, athétose, diplégie, gâtisme.	Passé aux adultes 5e 2e le 3 mai. Amélioration.
Roy........	18 ans.	Jardinier.	Imbécillité, épilepsie.	Passé aux adultes 5e 1ere le 6 mai. Amélioration.
Rondeau...	14 ans.	—	Arriération intellectuelle avec diplégie et atrophie musculaire progressive généralisée, gâtisme.	Rendu à sa famille qui le réclame le 22 mai. Même état.
Mareschès .	17 ans.	Cordonnier.	Épilepsie.	Passé aux adultes 5e 2e le 7 juin. Même état.
Hély.......	25 ans.	Imprimeur.	Épilepsie.	Passé aux adultes 5e 1ere le 11 juin. Même état.
Vigué......	18 ans.	Jardinier.	Imb. légère, épilepsie.	Passé aux adultes 5e 2e le 11 juin. Amélioration.

Jobel.......	18 ans.	Cordonnier.	Débilité mentale, épilepsie.	Passé à la 5e 2e le 11 juin. Même état.
Bazin.......	18 ans.	Brossier.	Arriération intellectuelle, épilepsie.	Passé aux adultes 5e 1ere le 11 juin. Amélioration.
Andr.......	19 ans.	—	Idiotie, incontinence d'urine, type mongolien.	Passé aux adultes 5e 2e le 11 juin. Même état.
Camin	18 ans.	Jardinier.	Imb. prononcée, incontinence d'urine.	Passé aux adultes 5e 1ere le 11 juin. Même état.
Jullien	18 ans.	Vannier.	Imbécillité avec perversion des instincts.	Passé aux adultes 5e 2e le 11 juin. Même état.
Maurer	18 ans.	Cordonnier.	Idiotie, gâtisme.	Passé aux adultes 5e 1ere le 11 juin. Amélioration.
Robert.....	18 ans.	Jardinier.	Imbécillité.	Passé aux adultes 5e 2e le 11 juin. Amélioration.
Desron.....	18 ans.	Tailleur.	Arriération intellectuelle, perversion des instincts.	Rendu à sa famille qui le réclame le 18 juin. Amélioration.
Taque......	18 ans.	Menuisier.	Débilité mentale, hystéro-épilepsie.	Rendu à sa mère qui le réclame le 18 juin. Amélioration.
Drouard....	13 ans.	—	Idiotie, gâtisme.	Rendu à sa famille qui le réclame le 18 juin. Amélioration.
Henri	14 ans.	—	Idiotie, parole nulle, gâtisme.	Rendu à sa famille qui le réclame le 23 juin. Amélioration.

NOMS.	AGES.	PROFESSIONS	NATURE DE LA MALADIE.	CAUSES DE LA SORTIE.
Vailla......	22 ans.	Tailleur.	Imbécillité, onanisme.	Passé aux vieillards le 8 juillet. Amélioration très notable.
Pena.......	24 ans.	Tailleur.	Idiotie légère.	Passé aux vieillards le 8 juillet. Amélioration très notable.
Landau	16 ans.	Vannier.	Atteint d'hystéro-épilepsie, impulsions violentes.	Laissé dans sa famille qui s'engage à le surveiller le 9 juillet. Même état.
Douch	21 ans.	Imprimeur.	Arriération intellectuelle, épilepsie.	Rendu à sa famille qui le réclame le 10 juillet. Amélioration.
Lévoit	18 ans.	Tailleur.	Hystéro-épilepsie.	Rendu à sa famille qui le réclame le 10 juillet. Amélioration.
Fornera....	17 ans.	Tailleur.	Imbécillité morale avec perversions instinctives.	Sorti par évasion le 17 juillet. Amélioration.
Davi	27 ans.	Imprimeur.	Épilepsie.	Passé aux adultes 5e 3e le 17 juillet. Même état.
Poste		—	Idiotie, épilepsie.	Passé aux adultes 5e 3e le 11 août. Même état.
Gros		—	Idiotie.	Rendu à sa famille qui le réclame le 14 août. Même état.

Senevez....		—	Idiotie.	Rendu à sa famille qui le réclame le 20 août. Amélioration légère.
Plé.........		—	Idiotie, myxcœdème.	Transféré à l'Asile de Clermont le 23 août.
Bonnet.....	6 ans.	—	Idiotie.	Transféré à l'Asile de Clermont le 15 septembre. Même état.
Zoppi......	6 ans.	—	Idiotie.	Rendu à sa famille le 22 septembre. Même état.
Dubois.....	12 ans.	—	Idiotie.	Rendu à sa famille le 27 septembre. Amélioration.
Lordereau..	7 ans.	—	Idiotie.	Rendu à sa famille le 2 octobre. Même état.
Boyer......	18 ans.	—	Idiotie.	Transféré à l'Asile de Villejuif le 13 octobre. Même état.
Engel......	18 ans.	—	Idiotie.	Transféré à l'Asile de Villejuif le 13 octobre. Même état.
Landauer..	17 ans.	Vannier.	Épilepsie.	Transféré à l'Asile de Villejuif le 13 octobre. Même état.
Martin.....	21 ans.	—	Épilepsie.	Transféré à l'Asile de Villejuif le 13 octobre. Même état.
Pierre......	18 ans.	Cordonnier.	Épilepsie.	Transféré à l'Asile de Villejuif le 13 octobre. Amélioration notable.

NOMS.	AGES.	PROFESSIONS	NATURE DE LA MALADIE.	CAUSES DE LA SORTIE.
Bisch.......	18 ans.	Serrurier.	Épilepsie.	Transféré à l'Asile de Villejuif le 13 octobre. Amélioration.
Thyreault ..	18 ans.	Brossier.	Épilepsie.	Transféré à l'Asile de Villejuif le 14 octobre. Amélioration légère.
Delfosse....	18 ans.	Jardinier.	Imbécillité.	Rendu à sa famille le 13 octobre. Amélioration très notable.
Delpy	5 ans.	—	Idiotie.	Rendu à sa famille le 4 novembre. Même état.
Gauthier ...	10 ans.	Serrurier.	Épilepsie.	Rendu à sa famille le 29 novembre. Amélioration.
Bousquet...	19 ans.	Cordonnier.	Épilepsie.	Rendu à sa famille le 6 décembre. Amélioration.

Transferts. — Ils ont été au nombre de 19 : 16 à Villejuif, 3 à Clermont (Oise). — Nous avons pour habitude de prendre la *température* des malades avant leur départ, et cela dans le but d'éviter le transfert de malades sous le coup d'une affection aiguë, de même que nous prenons la température à l'entrée, durant les cinq premiers jours (1) pour savoir si l'enfant n'est pas sous le coup d'une affection aiguë, contagieuse ou non.

Maladies infectieuses. — Une épidémie de *rougeole* a éclaté dans le service sans cause connue ; elle a porté sur 38 cas dont 2 fillettes, 4 malades dont l'éruption s'est compliquée de broncho-pneumonie ont succombé. Signalons également un cas de *rubéole*, avec guérison rapide ; 3 cas de *varicelle*, 3 cas d'*érysipèle*. Mentionnons enfin 5 cas de *fièvre typhoïde* dont 2 chez des infirmières ; aucun de ces cas n'a été suivi de décès.

---

(1) A l'entrée de tous les enfants, aussi bien à la Fondation Vallée qu'à Bicêtre, nous faisons prendre un bain aux malades et examiner leur corps au point de vue des plaies, des contusions, de la teigne, etc., et le lendemain, au moment du certificat immédiat nous examinons nous-même l'enfant de la tête aux pieds s'il y a lieu ; il en est ainsi depuis 1880, ce que l'Administration ignore. Voici la circulaire relative aux visites des malades à l'entrée.

Monsieur le Directeur. — Mon attention a été appelée, vous savez à la suite de quelle circonstance (a), *sur la nécessité de faire examiner les aliénés par l'interne de service à leur arrivée dans votre établissement.*

Dans le cas où l'interne constaterait qu'un aliéné, soumis à son examen, porte des traces de coups ou de blessures, il devra établir un certificat signé par lui et une copie de cette pièce devra être adressée sans retard à l'Administration centrale. — Je vous prie en conséquence de veiller, dès la réception de la présente, à ce que cette mesure soit mise à exécution. — Le Maître des Requêtes au Conseil d'Etat, Directeur de l'Administration Générale de l'Assistance Publique. Signé : MOURIER.

(a) Une famille étant venue visiter un parent malade, entré quelques jours auparavant, avait constaté sur son corps des contusions multiples. Ces contusions avaient-elles été produites à Bicêtre ou à l'Asile clinique, on ne savait.

Le personnel d'un service de contagieux devrait toujours être choisi avec soin, de préférence parmi les infirmières déjà âgées, ou ayant eu, elles-mêmes, les maladies infectieuses les plus communes. Nos conseils à ce sujet n'ont jamais été suivis et presque toujours on nous donne des infirmières jeunes. Il en est de même, malheureusement, dans la plupart des services de contagieux des hôpitaux, si nous en croyons les renseignements que nous avons recueillis.

Teigne. — Au premier janvier 1902, il restait dans le service 17 teigneux et 5 teigneuses; à la fin de l'année, ces chiffres étaient descendus à 12 pour les garçons et étaient restés les mêmes pour les filles.

Maladies intercurrentes. — 11 enfants ont été atteints d'*état de mal épileptique* ou de *séries* d'*accès*; aucun cas n'a été suivi de décès; — 11 de *broncho-pneumonie*; — 7 de *pneumonie*; — 1 de *péritonite*; — 3 de *diarrhée*; — 40 d'*ophtalmie*; 1 de *cataracte traumatique*; — 4 d'*engelures*; 3 d'*abcès*; 2 d'*angine*; 1 de *grippe*, 1 de *décollement du cuir chevelu* dans un accès; 3 de *mammite*; 1 de *panaris*; 1 de *fracture de la cuisse*; 1 de *fracture de l'avant-bras*; 1 d'*entorse du poignet*; 1 d'*entorse du pied gauche*; — 49 de *plaies* légères dans des *accès*. — Ajoutons que tous les enfants qui se font des contusions ou des plaies, soit en jouant, soit dans des accès sont conduits à l'infirmerie où des pansements appropriés leur sont faits par les deux infirmières, sous la surveillance de Mme Athénaïs BOHAIN, sous-surveillante du service, sur nos indications ou celles de nos internes.

* * *

En 1899 l'un de nos internes, M. POULARD, s'était

intéressé vivement aux enfants atteints de maladies des yeux. Depuis il a rempli les fonctions d'interne dans des services plus particulièrement consacrés à l'ophtalmologie à Lariboisière et à l'Hôtel-Dieu. Il a continué à venir une fois par semaine dans notre service, bénévolement, pour examiner tous nos malades atteints d'affections oculaires.

Ses examens, les traitements qu'il a institués ont été d'une grande utilité à nos enfants malades, nous le remercions de son bienveillant concours que nous croyons devoir signaler à l'attention de l'administration. Voici un rapide résumé de sa pratique pendant l'année 1902.

Affections aiguës des yeux observées dans le service au cours de l'année. — Parmi les affections aiguës nous en retiendrons deux seulement, la conjonctivite chronique ou subaigüe à diplobacille de Morax et la conjonctivite aiguë à bacille de Weeks.

Conjonctivite chronique ou *subaigüe à diplobacille.* Au cours de l'année 16 malades, dont trois infirmières, se sont présentées à nous atteintes de conjonctivite subaiguë à diplobacille, cela ne signifie pas que 16 personnes seulement aient été, pendant cette période, atteintes de conjonctivite à diplobacille. Ce chiffre est même fort loin de ce qu'il devrait être en réalité. Le nombre des malades vus par nous à la consultation ne permet même de se faire qu'une idée approximative du nombre des enfants atteints de conjonctivite diplobacillaire. En voici les raisons.

Les enfants sont choisis par les surveillantes qui nous les amènent à la consultation. Il faut pour attirer leur attention que la conjonctivite prenne des allures sévères, que la rougeur de l'œil soit marquée et la secrétion muco-purulente abondante. Mais il s'agit ici

d'une conjonctivite chronique à symptômes très peu aigus et qui, dans la plupart des cas, n'attirent certainement pas suffisamment l'attention du personnel, malgré les recommandations incessantes qui lui sont faites. Les 16 conjonctivites à diplobacilles que nous avons vues ont présenté des symptômes d'une acuité plus particulièrement intense. Sans cela les enfants seraient restés dans leurs pavillons, conservant une affection de durée presque indéfinie, et constituant ainsi une source perpétuelle de contamination pour l'entourage.

Un fait beaucoup plus précis et qui vient à l'appui de nos opinions, c'est le résultat que nous a donné, l'examen, fait par nous en 1901, d'enfants pris au hasard, à la suite les uns des autres dans leurs pavillons et qui étaient considérés comme indemnes de toute conjonctivite.

La plus grande partie d'entre eux présentaient une secrétion modérée, très légère, souvent insignifiante s'accumulant dans le grand angle de l'œil, avec un peu de rougeur de la conjonctive, manifestations qui sont, en somme, celles de la conjonctivite chronique à diplobacille, souvent si légère que les adultes eux-mêmes la conservent de longs mois sans aller consulter l'oculiste. Nous avons fait l'examen microscopique de la secrétion prélevée sur chacun de ces enfants et, 50 fois sur 90, nous avons trouvé le diplobacille de Morax. La présence du diplobacille sur la conjonctive, avec la conjonctivite torpide qui en est la conséquence, était donc habituelle chez les enfants que nous avons examinés ; les conjonctives saines étaient le petit nombre. Quand, de temps en temps, une conjonctivite revêtait des allures plus aiguës, l'enfant nous était conduit. C'est ainsi que nous avons pu en observer 16 au cours de l'année.

La lutte contre cette affection, essentiellement contagieuse, ne peut être possible et fructueuse, que si on agit à la fois sur tous les foyers microbiens, sur toutes les conjonctives injectées. La transmission se fait par les mains des enfants, par leurs habits avec lesquels ils s'essuient, et peut-être par les linges qui servent à laver leur figure chaque matin, en dépit des recommandations qui sont faites et au personnel et aux enfants, dans la mesure de leur compréhension. Les enfants gâteux présentent une certaine insensibilité de la conjonctive au contact et, l'été, on voit les mouches se promener en grand nombre sur le bord de leurs paupières. Il est fort possible que ces mouches, en allant d'un enfant à l'autre, puissent constituer un moyen de transmission. C'est un fait que nous espérons élucider prochainement.

Conjonctivite aiguë à bacilles de Weeks. — Les allures de la conjonctivite aiguë à bacilles de Weeks sont bien différentes. Ses symptômes, en général beaucoup plus accentués que ceux de la conjonctivite diplobacillaire, frappent davantage l'attention du personnel, et les conjonctivites qui passent sans être signalées au médecin sont beaucoup plus rares. Nous avons observé dans l'année, 24 cas de conjonctivite à bacilles de Weeks et presque toutes se sont montrées en même temps au cours d'une épidémie.

En 12 jours nous avons vu 20 cas de conjonctivite à bacilles de Weeks, dont le plus grand nombre étaient survenus dans le même pavillon. Cette épidémie fut bénigne, n'amena aucune complication oculaire.

La conjonctivite chronique à diplobacille et la conjonctivite à bacille de Weeks donnent lieu à la grande majorité des affections conjonctivales chez les enfants du service. Nous avons bien observé quelques cas

de conjonctivite à pneumocoque, un cas fort grave d'injection streptococcique, deux conjonctivites granuleuses et quelques cas de kérato-conjonctivite impétigineuse. Mais les deux infections conjonctivales que nous venons d'étudier n'en restent pas moins, et de beaucoup, les plus fréquentes et les plus importantes et c'est contre elles que doivent se diriger nos efforts de traitement curatif et surtout prophylactique.

⁂

Consultation du jeudi. — Il n'y avait, autrefois, à Bicêtre, que deux consultations, une de médecine faite par le médecin de l'Infirmerie générale, une de chirurgie faite par le chirurgien. A notre arrivée à Bicêtre, nous avons établi une consultation non officielle, pour les maladies nerveuses et mentales. Nos collègues de la division des aliénés, nommés comme nous au concours, en ont aussi créé successivement.

En 1902, 510 personnes se sont présentées. 102 pour renseignements sur le placement d'enfants arriérés ou épileptiques; — 172 pour maladies diverses; — 79 pour assistance. Il s'agit d'anciens malades des asiles ou du service. Nous profitons de la visite de ces derniers pour nous renseigner sur leur état mental ou leur situation sociale. Dans ce groupe figurent ceux qui vont tirer au sort et viennent réclamer un certificat devant aider à leur exemption du service militaire; 39 pour demandes d'emploi ou de placement dans les hospices : infirmiers qui réclament leur rentrée dans les hôpitaux, infirmes, viellards, etc.; — 118 pour renseignements sur les enfants du service présents ou encongé.

Nous écrivions l'an dernier que « l'Administration avait accordé à nos collègues et à nous, la faculté de faire prendre des bains et des douches aux consultants

qui habitent la région dépourvue d'établissements balnéo-hydrothérapiques. Il n'en résulte pas une dépense sérieuse pour l'Assistance publique ; les malades peuvent suivre leur traitement tout en continuant à exercer leur profession et sans perdre de temps. Cette tolérance fait honneur à l'Administration et rend service aux malheureux. Nous ajoutions qu'il devrait en être ainsi dans tous les établissements hospitaliers, suburbains, départementaux, comme l'asile de Villejuif, ou municipaux comme Bicêtre, l'hospice des Ménages à Issy, l'hospice des Incurables d'Ivry qui devraient être des centres hospitaliers pour leur région (1).

Population au 31 *décembre* 1902. — Il y avait à cette époque dans le service 438 enfants, se décomposant ainsi : 417 enfants *idiots*, *imbéciles* ou *épileptiques*, *dits aliénés* et 21 *réputés non aliénés*. Sur ce nombre 110 sont atteints de *gâtisme* ; 32 d'*incontinence nocturne d'urine seulement*, 15 de *cécité complète* ; 6 de *cécité incomplète* ; 5 de *surdi-mutité* ; 4 de *surdité* ; 2 sont *bègues* ; 9 présentent du *mutisme volontaire* ; 31 *des impulsions violentes* ou des *accès de colère* ; 57 sont *menteurs* à un degré tout à fait pathologique ; 13 sont atteints de *dacnomanie* ; 7 de *pyromanie* ; 8 d'*écholalie* ; 22 de *krouomanie* ; 24 de *clastomanie* ; 18 de *coprolalie* ; 31 de *kleptomanie* ; 5 d'*échokinésie* ;

---

(1) « L'Assistance publique, disions-nous dans une circulaire aux électeurs sénatoriaux (février 18[illegible]), est une question à laquelle je me suis attaché depuis 1876, époque où j'ai fait un rapport dans lequel j'ai demandé la création d'hôpitaux cantonaux. Depuis, la situation s'est améliorée par la création d'hôpitaux intercommunaux, l'agrandissement d'hôpitaux déjà existants, la création de l'hospice Favier, etc....

« L'hospitalisation des vieillards est à peu près réalisée dans la moitié des communes, mais n'existe pas dans l'autre moitié. Il serait possible, facile même, de donner satisfaction aux malades d'une partie de la banlieue, par une entente avec l'assistance publique et le département en vue de la création aux hospices d'Ivry, de Bicêtre, d'Issy, etc.., de pavillons pour les malades et les blessés des communes environnantes. Ces annexes seraient administrées à peu de frais et desservies par les services généraux de ces maisons, restreignant ainsi très sensiblement le prix moyen d'hospitalisation. »

6 de *rumination*; 3 sont *déchireurs d'ongles;* 5 sont *flaireurs*; 41 sont *baveux*; 2 sont atteints d'*hydromanie ;* 10 d'*hydrophobie ;* 16 de *coprophagie ;* 62 sont *onycophages;* 198 sont *onanistes ;* 17 présentent du *nystagmus ;* 64 sont *strabiques;* 2 ont présenté de la *dépression mélancolique ;* 12 ont des *tics convulsifs* (lèvres, paupières etc.,); 41 ont le tic du *balancement du corps* avec ou sans *rotation de la tête;* 17 ont un *tic coordonné des mains*; 14 enfants idiots sont *tourneurs;* 12 sont *sauteurs;* 7 sont *grimpeurs*. Un enfant était atteint d'*hémimélie;* 1 de *polydactylie;* 1 de *syndactylie;* 3 de *malformations pathologiques de la main;* 1 d'*encéphalocèle;* plusieurs de *cyphose* ou de *scoliose*; 10 présentent des *pieds-bots;* 2 sont *hémiparétiques;* 7 sont *paraplégiques ;* 23 sont *hémiplégiques;* 7 sont *diplégiques;* 11 sont *atteints de maladie de Little* ; 8 sont *athétosiques*.

Personnel du service en 1902. — Le personnel était ainsi composé : 1° *Service médical :* Un conservateur du Musée, M. le Dr J. NOIR. Deux internes titulaires, MM. VILLARET et LEMAIRE, M. VILLARET a été remplacé par M. Max BLUMENFELLE ; un interne en pharmacie, M.

2° *Service scolaire:* A. *Grande École.* — 4 instituteurs : MM. MESNARD, LANDOSSE, CAMAILHAC et DERUETTE; un professeur de chant, M. SUTTER; un professeur de gymnastique, M. GOY; un professeur de dessin, M. DUMONT; un maître de danse, M. LANDOSSE ; deux maîtres d'escrime. — B. *Petite Ecole.* Mlles AGNUS (Blanche) et BOHAIN (Amandine), surveillantes; une première infirmière, Mlle MARQUET; et 10 infirmières de jour aidant les maitresses d'école, après avoir terminé le nettoyage de leurs dortoirs respectifs et accompli leurs corvées.

3° *Enseignement professionnel.* — 8 maitres dont nous avons donné les noms à la page XLVII, plus deux infirmiers de garde. Ces infirmiers remplacent les chefs d'ateliers momentanément absents, par exemple pour faire des réparations dans les salles. Ils interviennent quand les enfants ont des querelles, des impulsions, des accès, pour les conduire à l'infirmerie, etc. Ils devraient être choisis parmi les infirmiers ayant exercé les professions correspondant à celles des chefs d'ateliers, afin redirons-nous, de remplacer, avec compétence, les chefs d'ateliers en congé ou absents pour cause de maladie.

4° *Service hospitalier.* — Il se compose de M. ACARD, sous-surveillant, remplissant les fonctions de surveillant; M. ACARD a été remplacé dans ses fonctions le 10 octobre par M. GERDER, suppléant; de M. GUILLOU, suppléant, faisant les fonctions de sous-surveillant; de M. LELIÈVRE, 1er infirmier, faisant les fonctions de suppléant; de M. GÊLIN, 1er infirmier; de Mme BOHAIN (Athénaïs), sous-surveillante (infirmerie); de Mme MALENÇON, sous-surveillante (bâtiment Séguin : gâteux); de Mme GRISARD, suppléante (pavillon d'isolement); de Mme DEBIÈRE, sous-surveillante de nuit ; de M. CHÉREL, suppléant, attaché au service des bains et douches; d'un infirmier portier, d'un perruquier; de 35 infirmières, 25 de jour et 10 de nuit; de 31 infirmiers, 22 de jour et 9 de nuit; total du personnel secondaire : 86.

Section II : **Fondation Vallée.**

Histoire du service pendant l'année 1902.

I.

Situation du service. — Enseignement primaire.

La Fondation Vallée par les diverses catégories d'enfants qu'elle reçoit, ne correspond pas à la colonie de Vaucluse dont elle devrait être le pendant c'est-à-dire ne recevoir ni épileptiques, ni gâteuses, mais au service des enfants de Bicêtre, où nous recevons, en outre des épileptiques et des hystériques, *toutes les catégories d'enfants idiots*. Nous avons, à la Fondation, deux groupes principaux: 1° les *enfants idiotes et gâteuses*, VALIDES ou non ; — 2° les *enfants propres*, — et dans les deux groupes, des *épileptiques*.

Enfants idiotes et *gâteuses*. — Elles étaient au nombre de 78 au 1er janvier 1902 et de 84 à la fin de l'année. Leurs installations de *jour* sont dans le sous-sol du pavillon neuf dont l'aménagement est complètement terminé. Au point de vue du traitement les moyens et procédés sont les mêmes que ceux décrits dans nos précédents Rapports.

Les *idiotes gâteuses* se divisent en deux catégories : *a*) les enfants VALIDES qui sont envoyées à l'école durant une partie de la journée; — *b*) les enfants INVALIDES, qui séjournent dans le sous-sol. Ce sous-sol, en réalité un rez-de-chaussée bien aéré, bien éclairé, donne de plein pied sur une large terrasse exposée à l'ouest et sur laquelle, en été, on dresse une tente reposant sur un sol cimenté. Chez six d'entre elles, nous avons pu *supprimer le gâtisme* : Bul..., Mugn.., Griffoul.., Lamb.., Saun.., Talib... Voici quelques renseignements sur des enfants qui, parties de très-bas, ont fait de sérieux progrès.

1° CHANE... (Germaine), 5 ans 1/2, entrée à la Fondation en septembre 1900, atteinte d'*idiotie complète* avec gâtisme; marche et parole nulles. L'amélioration produite chez cette enfant depuis son arrivée est remarquable sur tous les points. La physionomie, qui n'exprimait que l'hébétude, reflète aujourd'hui l'intelligence, le regard autrefois vague (strabisme intermiteux), est devenu vif et expressif.

Au début, l'enfant ne savait ni marcher, ni causer sauf quelques syllabes incompréhensibles. Au réfectoire la tenue était des plus mauvaises, elle ne mangeait pas seule, ne sachant pas se servir des objets usuels, elle était heureuse de plonger à pleines mains dans son assiette.

L'enfant gâtait jour et nuit et poussait des cris affreux, lorsqu'il s'agissait de la nettoyer, était en un mot d'une malpropreté repoussante.

Aujourd'hui, elle est pour ainsi dire méconnaissable à son avantage. Le caractère autrefois hargneux et coléreux, est devenu doux, caressant, affectueux, la parole est bonne, à part quelques défauts de prononciation, elle commence même à faire quelques phrases et emploie le verbe. Les jambes jadis très faibles sont devenues solides, l'enfant marche et court sans aucune fatigue, aime à faire la gymnastique, elle est souple dans ses mouvements. En classe, les progrès sont également très notables; auparavant l'enfant qui ne pouvait tenir quelques secondes en place, est actuellement plus tranquille, prend plaisir à placer les lettres au tableau et cela d'une façon intelligente. L'enfant est beaucoup plus soigneuse dans ses vêtements, ne se traîne plus à terre et se salit rare-

ment. Le gâtisme a complètement disparu. En un mot l'amélioration se fait sentir tous les jours d'une manière particulière.

2° MUGN... (Marie, Louise), 2 ans, à son entrée à la Fondation en octobre 1900, atteinte d'*idiotie complète*, avec gâtisme, marche et parole à peu près nulles.

Les progrès faits par l'enfant sont à signaler d'une façon toute particulière. Elle ne prononçait aucun mot, ne faisait entendre qu'un gazouillement tout-à-fait incompréhensible aucun signe, aucun geste ne suppléait à la parole, l'enfant essayait les premiers pas en chancelant et le moindre obstacle suffisait pour l'effrayer et la faire tomber. Elle était gâteuse et malpropre au suprême degré, n'aimait guère à être nettoyée et les soins nécessaires concernant sa toilette lui étaient extrêmement désagréables.

Deux années se sont écoulées depuis son arrivée et un grand changement sous tous les rapports s'est opéré en elle. Elle s'habille et se déshabille seule ; elle est d'une propreté méticuleuse sur ses vêtements. L'enfant était autrefois grognon, un rien provoquait une crise de larmes ; actuellement, elle est caressante, affectueuse, aime à se rendre utile dans la mesure de ses petites forces. Elle commence à connaître l'alphabet, sait compter jusqu'à 20 sans hésitation et place les chiffres d'une façon remarquable. — Elle, qui à l'entrée, savait à peine marcher, trotte maintenant comme un petit furet, elle éprouve un vif plaisir à faire la gymnastique, exécute parfaitement les quatre premiers mouvements, sait de même lacer, boutonner, agrafer, se prête volontiers à tous ces exercices. Progrès notables sous tous les rapports.

3° URI... (Georgette), 5 ans, entrée à la Fondation en juin 1901, atteinte d'*idiotie avec gâtisme, marche et parole nulles.*

Les progrès faits par cette enfant sont sensibles et méritent une mention particulière. La physionomie est expressive, le sourire est doux et jovial.

A son entrée, elle ne prononçait que des mots sans suite, incompréhensibles même pour les personnes de son entourage, la marche était mauvaise, à peine pouvait-elle faire quelques pas. Au réfectoire, l'enfant se tenait affreusement mal, aimait à se salir et à se barbouiller avec les aliments déposés devant elle, il était impossible de la tenir propre, elle ne savait se donner et ne voulait recevoir aucun soin concernant sa toilette, le caractère était méchant, jaloux. Elle repoussait ses petites compagnes, ne voulant pas leur

voir faire la moindre carresse, l'égoïsme était son défaut dominant : Tout pour elle. L'enfant, capricieuse, ne voulait pas rester assise, les progrès en classe étaient nuls, la gymnastique de même. Elle gâtait du matin au soir, ne demandait par aucun signe à aller aux cabinets.

Un grand changement s'est fait en elle : Gâtisme, colères, caprices tout a disparu. Elle parle et marche très bien. En classe les progrès sont notables, elle connaît ses lettres, commence à compter, aime la gymnastique et le corps prend de la souplesse. Elle connait les couleurs, en sait faire la différence, sait lacer les souliers, agrafer et boutonner, autant de choses inconnues pour elle à son arrivée. Elle ne gâte plus jamais ni jour, ni nuit, s'habille et se déshabille seule et cherche à se donner les soins élémentaires concernant sa toilette, met en tout et pour tout beaucoup de bonne volonté. — Grande amélioration.

4° ESPON.. (Yvonne), 6 ans, entrée à la Fondation en juin 1901, atteinte d'*idiotie avec hémiplégie*, marche nulle, parole limitée à ces deux mots : papa, maman. A son entrée, elle laissait à désirer sur bien des points ; les premières notions sur toutes choses lui étaient inconnues. Les progrès faits par l'enfant sont de plus en plus satisfaisants.

Aujourd'hui, elle a pris des forces et bien que ne marchant pas encore seule, se tient le long des tables et des bancs sans fatigue aucune. La propreté est une de ses qualités ; sa tenue à table est fort bonne. Autrefois, l'enfant était souvent maussade et grognon, pleurait sans motif, à cause de son état maladif sans doute.

Maintenant le caractère est gai, aimable avec ses petites compagnes, serviable dans la mesure de ses moyens, caressante envers lee personnes qui l'entourent. Elle commence à rassembler ses lettres, connaît également les chiffres, sait les placer exactement, s'intéresse à tout ce qui se passe et demande mille explications. Elle a quelques difficultés pour les exercices de gymnastique en raison de ses jambes qui sont encore faibles. Malgré toutes ces difficultés, les progrès de l'enfant sont notables.

5° LEFEB... (Marguerite), 9 ans, est entrée à la Fondation en août 1896 à l'âge de trois ans, atteinte d'*idiotie* avec *épilepsie*. Elle parlait peu, mais n'avait pas de défaut de prononciation, elle gâtait nuit et jour, ne s'aidait en rien ; restait immobile quand il s'agissait de l'habiller et de la

déshabiller. Elle était presque toujours de mauvaise humeur; grognon, un rien la faisait pleurer, restait indifférente à tout.

Les accès et les vertiges survenaient par séries et étaient assez nombreux. L'enfant traitée au *Bromure de camphre* s'est beaucoup améliorée. Elle tombe rarement aujourd'hui, n'a jamais plus d'un accès ou deux à la fois. Il résulte de cette amélioration un développement intellectuel très marqué. Son caractère s'est beaucoup modifié; elle n'est plus susceptible et maussade comme au début. Elle est devenue très gaie, très joueuse, très active. Elle est propre nuit et jour, se donne tous les soins qui lui sont nécessaires, fait sa toilette avec minutie.

Les progrès, au point de vue de la classe n'ont pas été moins rapides. Elle lit presque couramment, son écriture est lisible et bien formée, fait des devoirs de grammaire, connaît l'addition et ébauche la soustraction. Elle commence bien à coudre, suit la gymnastique avec beaucoup de facilité; l'enfant a, en un mot, réalisé de réels progrès.

LE PELLET... DU COUD... (Amélie), entrée à la Fondation, à l'âge de 10 ans, en décembre 1899, atteinte d'*imbécillité prononcée,* avec *perversions instinctives* et *turbulence.* Elle avait des périodes d'excitation et de colère très fréquentes, était très méchante envers ses compagnes, se plaignait sans cesse de ces dernières et arrivait auprès de nous toujours battue ou battant. Elle était complètement nulle pour la classe, ne paraissait rien comprendre de ce qu'on enseignait, rien chez elle n'indiquait qu'une amélioration pourrait se produire. Nous avons cependant à noter aujourd'hui de bons résultats. Elle lit par syllabes, a appris à écrire, fait bien une copie, commence quelques devoirs de grammaire et sait faire l'addition. Son caractère, quoique susceptible et irritable, s'est beaucoup amélioré; elle n'est plus aussi méchante avec ses compagnes. Sa tenue est devenue meilleure, elle suit avec facilité les exercices de la gymnastique des échelles et des ressorts et commence à faire des ourlets. En somme, cette enfant s'est améliorée au-delà de ce qu'on pouvait espérer.

DAW... (Louise), 10 ans, entrée à la Fondation, en juin 1900, atteinte d'*imbécillité prononcée,* avec *perversions instinctives,* avec *gâtisme* et *onanisme.* L'enfant n'avait aucune stabilité, elle était nulle en classe, rien ne l'intéressait. On ne pouvait attendre d'elle que des résultats fort médiocres. Nous constatons cependant aujourd'hui une amélioration très notable, sous tous les rapports.

D'abord l'enfant est devenue tout à fait *propre*, procède minutieusement aux soins de sa toilette ; il n'existe plus aucune mauvaise habitude chez elle. Elle est actuellement très douce et très affectueuse, elle se rend utile dans les soins du ménage et n'est pas du tout maladroite. Elle s'occupe même des plus jeunes, prend plaisir à leur donner les soins de toilette ; si l'enfant continue ainsi, on pourra faire d'elle une bonne ménagère.

Les progrès pour la classe n'ont pas été moins rapides. En moins de trois ans, cette enfant a appris à écrire, à faire quelques devoirs de grammaire, elle connait les deux premières opérations de l'arithmétique et lit presque couramment. Elle suit avec facilité tous les exercices de gymnastique et commence bien à coudre, ainsi qu'à repasser.

Méri.. (Louise), âgée de 12 ans, entrée à l'Asile à l'âge de 9 ans, atteinte d'*imbécillité* très prononcée, *avec turbulence* et *instabilité*. La prononciation était mauvaise, elle *zézayait* beaucoup, prononçait les lettres *j* et *g* comme *z;* elle disait *zuze* pour *juge*, *touzou* pour *toujours;* il en était de même pour la syllabe *che* : elle disait *marcer* pour *marcher*. Elle avait en outre une certaine difficulté pour prononcer *l'r :* elle disait *coude* pour *coudre*, *ouvoi* pour *ouvroir*.

Aujourd'hui, il y a une grande modification dans son langage. Elle ne zézaie plus et sa prononciation est normale. Elle était nulle, en instruction primaire, ne connaissait ni lettres, ni chiffres, ne savait même pas tracer des bâtons sur l'ardoise. Ajoutons encore que cette enfant ne paraissait avoir aucune aptitude pour ce qui était enseignement.

Malgré toutes ces difficultés, nous enregistrons aujourd'hui des progrès très notables. Elle est parvenue à écrire très lisiblement, fait une copie, connaît et sait faire les chiffres et lit par syllabes. Tout donne lieu d'espérer que sa lecture sera tout à fait courante d'ici quelques mois. — La *couture* va bien, ainsi que le *repassage*, l'enfant a fait de réels progrès en *gymnastique*.

L'amélioration notable acquise chez ces enfants atteints d'idiotie complète, d'idiotie profonde ou d'imbécillité très prononcée montre nettement qu'on peut obtenir des résultats au moins analogues ou plus considérables, à plus forte raison, chez des *enfants*

moins malades, imbéciles et arriérés. Nous pourrions relater de nombreux exemples du même genre qui n'ajouteraient rien aux précédents, tout à fait démonstratifs.

2° *Enfants idiotes, imbéciles, épileptiques*, etc., VALIDES. — *Enseignement primaire* et *enseignement professionnel*. Les procédés employés sont les mêmes qu'à la section de Bicêtre. Les améliorations réalisées dans les écoles des garçons sont introduites immédiatement à la Fondation. L'idéal que nous poursuivons consiste à *occuper les enfants du matin jusqu'au soir*, en variant le plus possible les exercices. Les jeux mêmes doivent contribuer à leur éducation.

Au *lever*, on apprend aux enfants à faire leur *toilette*, leur *lit*, à *nettoyer* leur dortoir, à *brosser* leurs vêtements. Aux repas, on surveille les enfants qui savent manger seules et on corrige leurs mauvaises habitudes ; on apprend aux autres à se servir de la cuiller, de la fourchette, etc. Nous ne cessons de répéter au personnel de surveiller avec le plus grand soin les aliments, d'enlever les fragments d'os ou de tendons, susceptibles de produire des accidents, de couper les aliments en très menus morceaux, de veiller à la mastication et à la déglutition. Sur 222 enfants présentes à la fin de l'année, 50 savent se servir de la cuiller, de la fourchette et du couteau ; 82 de la cuiller et de la fourchette ; 52 de la cuiller seulement ; 38 ne savent pas manger seules.

180 enfants ont fréquenté l'*école* et ont été exercées à la *gymnastique des échelles* et des *ressorts* ; 80 enfants participent aux exercices de la *grande gymnastique*, sous la direction de M. GOY et de la surveillante Melle LANGLET. Ces leçons ont lieu une fois par semaine, le jeudi. Mais, en raison de

l'augmentation de la population, il serait nécessaire que le professeur donnât deux leçons par semaine. L'Administration départementale et la Commission de surveillance ont reconnu la légitimité de notre demande, déjà renouvelée plusieurs fois, et l'ont signalée à l'Administration de l'Assistance publique, dont nous attendons toujours la réponse.

Les *leçons de choses*, multipliées le plus possible, ont lieu à la classe, dans les promenades et surtout dans les jardins dont les arbres, les arbustes, les plantes, etc., sont étiquetés. — Les détails dans lesquels nous sommes entré dans nos Rapports de 1890 à 1901 au sujet de l'*habillement* (mannequin spécial, de l'*éducation*, de la *digestion*, de la *respiration*, de la *circulation* et de l'*hygiène sexuelle*, nous dispensent d'y revenir cette année.

Notre personnel surveille attentivement l'apparition et le développement de la *puberté*. Dès l'apparition des poils sous les aisselles et sur le mont de Vénus, elles préviennent les fillettes qu'il s'agit-là d'un fait naturel. On évite ainsi certaines inquiétudes et des actes bizarres. Il en est qui essaient de s'arracher les poils sous prétexte que c'est de la malpropreté, ou qui les coupent. Lorsque les seins ont pris un certain accroissement, que le système pileux devient de plus en plus abondant, on les avertit de prévenir si elles éprouvaient des douleurs dans les reins ou le bas-ventre et s'il leur arrivait de perdre un peu de sang. A la première apparition des *règles*, on complète les renseignements et on leur donne des conseils sur les précautions à prendre. Les époques, avec leurs caractères (douloureuses ou non, abondantes ou non, durée, etc.) sont notées; on nous signale les pertes blanches qui les précèdent ou les suivent ainsi que les suspensions. Enfin on habitue les fillettes aux soins

de propreté. C'est ce que les mères de familles, les institutrices, les maîtresses de pension devraient faire toutes.

*
* *

Enseignement du dessin. — Cet enseignement, est fait par M. DUMONT. Il donne aux jeunes filles, au nombre de 30, divisées en deux séries, une leçon tous les jeudis de 8 à 9 heures du matin. Voici quelques notes concernant son enseignement :

« La première série est composée des élèves qui avaient suivi le cours de dessin l'année précédente ; ces jeunes filles ont acquis une grande habileté de main et une certaine justesse d'œil dans la mesure des proportions. On les voit dessiner des courbes avec beaucoup de sûreté et de grâce. Dans l'exécution des ombres, elles ont montré un goût réel. Elles dessinent des plâtres représentant des ornements, tels que feuilles de lierre, de chêne, de vigne, rinceaux, rosaces ; parmi les objets usuels : des entonnoirs, des chaudrons, des vases, etc., et dans quelques-uns de ces dessins nous avons été étonné de voir qu'elles avaient reproduit, avec bonheur, les ombres et les jeux de lumière de ces modèles.

« La deuxième division est composés de jeunes débutantes ; nous espérons les amener progressivement au niveau de leurs devancières ».

*
* *

Enseignement du chant. — Cet enseignement est fait depuis 1895, à titre gracieux, par M. Eugène Sutter, professeur de chant à l'asile-école de Bicêtre. De même que les années précédentes M. Sutter s'est occupé successivement de *toutes* les enfants, en état de profiter dans une mesure quelconque de son enseignement. 101 enfants y ont participé. — La classe spé-

ciale de théorie musicale et de solfège a donné de bons résultats ; 32 enfants ont suivi cette classe. Comme les années antérieures les enfants les moins atteintes ont appris des mélodies et des petites romances chantées dans les concerts organisés par les garçons de l'hospice et aux réunions du samedi. Toutes y ont pris un réel intérêt et y ont apporté beaucoup de bonne volonté.

Danse. — Les exercices de *danse* ont lieu sous la direction de M. LANDOSSE, instituteur à Bicêtre, tous les mercredis de 4 à 5 heures et le dimanche, après la visite des parents, sous la direction de la surveillante. — 165 enfants ont pris part à ces exercices ; 98 savent danser la polka, 70 connaissent la polka, la mazurka et la scottish ; 62 connaissent toutes les danses de caractère et les différentes figures du quadrille.

* * *

Enseignement professionnel. — A mesure que les enfants se développent, on leur apprend tous les soins du ménage, à mettre et à retirer le couvert, à nettoyer les réfectoires, laver la vaisselle, etc. Une vingtaine des moins arriérées aident le personnel à apprendre à manger aux enfants incapables de manger seules et à perfectionner celles qui mangent malproprement.

Les deux *ateliers* que nous possédons ont continué à fonctionner régulièrement. Le travail, évalué par M. MAUPRÉ, économe de Bicêtre, d'après le tarif réduit de l'Administration, s'est élevé à 5.040 fr. 80 pour l'atelier de *couture*, dirigé par Mme EHRMANN et à 1.419 fr. 80 pour l'atelier de *repassage* dirigé par Mme BARUET. Total 6.460 fr. 60 (1).

(1) Ces ateliers, après prélèvement des salaires, de la nourriture, etc., des deux maîtresses (3.240 fr.) donnent un bénéfice de 3.220 fr. 60

Nous avions essayé il y a quelques années de monter un atelier de composition typographique, qui n'a pas réussi faute d'une véritable entente et surtout d'un crédit pour le maître. Nous aurions voulu avoir aussi un *atelier de brochage* dont l'organisation a rencontré malheureusement aussi des difficultés imprévues et surtout une petite *buanderie*. Pour celle-ci, d'une utilité incontestable, nous ne disposons malheureusement pas d'un local approprié. Peut-être arriverons-nous prochainement à une solution.

Pour étendre les connaissances pratiques de nos malades, donner plus de variétés à leurs travaux de couture et de repassage, nous avons autorisé les sous-employées à faire repasser ou coudre une partie de leurs objets de toilette, bien entendu en dehors des heures régulières de travail. Le travail, de ce fait, ne rentre pas naturellement dans les évaluations qui sont faites par l'Administration.

En plus des apprenties qui travaillent par séries régulières, 40 ont travaillé une heure par jour ; 25 enfants savent faire complètement les layettes ; 30 du crochet et de la dentelle ; 15 savent marquer ; 15 savent faire de la tapisserie ; 5 savent tricoter. Le tableau suivant donne mois par mois le nombre des apprenties régulières et l'évaluation du travail.

MOIS.	NOMBRE D'APPRENTIES		VALEUR DE LA MAIN-D'ŒUVRE.	
	COUT.	REPASS.	COUTURE.	REPASSAGE.
Janvier	40	40	437 fr. 25	99 fr. 40
Février	40	40	337 »	106 90
Mars	38	38	448 50	111 20
Avril	35	35	492 »	117 65
Mai	37	37	544 »	123 50
Juin	39	39	310 75	69 55
Juillet	39	39	466 50	111 »
Août	40	40	409 »	158 95
Septembre	38	38	550 »	170 35
Octobre	38	38	470 75	111 20
Novembre	37	37	392 25	136 35
Décembre	38	38	182 50	103 75
Totaux			5.040 fr. 80	1.419 fr. 80
Total général			6.460 fr. 60	

Le tarif adopté, pour l'évaluation du travail des enfants, a été le même depuis 1890 jusqu'à la fin de novembre. Pour des raisons qu'on n'a pas cru devoir nous faire connaître, ce tarif est notablement abaissé depuis le 1er décembre. Voici le tableau comparatif :

TARIF DU RACCOMMODAGE.	1890 à fin novembre 1902.	à partir du 1er déc. 1902.
Raccommodage d'un tablier	0 25	0 10
» » robe	0 50	0 20
» » jupon	0 25	0 10
» » pantalon	0 25	0 10
» » tricot	0 25	0 10
Confection d'un tablier	0 75	0 40
» » robe	3 »	2 »
» » pantalon	0 75	0 30
» » pélerine	1 25	» »
» » chapeau	0 25	» »

Visites, permissions de sorties, congés. — Les enfants visitées ont été au nombre de 3.263 ; les *visiteurs* ont été au nombre de 5 530. Ces chiffres témoignent de la sollicitude des familles envers leurs malheureuses enfants. Il semble que, se rendant compte de la responsabilité héréditaire qui leur incombe, elles redoublent d'affection pour elles.

Permissions de sortie d'un jour	12
Congés de 2 jours	13
— 3 —	2
— 5 —	210
— 8 —	71
Total	308

D'une façon générale, sauf quand il s'agit des *congés d'essai*, à fin de sortie, nous ne tenons pas à accorder des congés de plus de cinq jours, parce que le séjour des enfants dans leurs familles se prolongeant, il est moins facile de les faire rentrer et surtout parce qu'elles reprennent vite, chez elles, leurs

anciennes habitudes; que, à leur retour, elles se plient moins bien à la discipline et travaillent avec moins d'ardeur (1). Nous avons demandé maintes fois, sans résultats à l'Administration de rappeler aux familles qu'elles ne doivent pas, dans l'intérêt même de leurs enfants, dépasser la durée des congés accordée.

La Commission de surveillance a visité la Fondation Vallée le 13 mai et la Commission du Conseil général le 15 novembre.

Promenades. — Elles ont lieu deux fois par semaine, soit dans les communes voisines, soit à Paris. Le nombre des enfants qui prennent part à ces promenades, avec *leçons de choses*, varie de 60 à 80.

Distractions. — Comme les années précédentes, et sans qu'il soit survenu des inconvénients de la présence simultanée à ces *réunions des enfants des deux sexes*, les petites filles de la Fondation Vallée ont participé en 1902, à toutes les *distractions* données aux garçons de Bicêtre et dont l'énumération figure dans le *Compte-rendu* de la section des garçons de cet établissement.

Améliorations diverses. — Ouverture d'un nouveau dortoir (de 24 lits), installé d'après les indications données les années précédentes dans l'ancien réfectoire. — Création pour ce dortoir de deux emplois d'infirmières (infirmière de jour, infirmière veilleuse). — Réfection de la peinture des anciens dortoirs,

---

(1) Les permissions de sortie et les congés de 1 à 5 jours ont donné 1.662 journées qui sont payées 2 fr. 20 par le département à l'Assistance publique, soit un bénéfice de 3.856 fr. 80 cent. Si l'on ajoute à ce chiffre celui du bénéfice du travail professionnel soit 3.220 fr. 60, on voit que nous réalisons à l'Administration un bénéfice de 7.077 fr. qui devrait amener l'Administration à se montrer plus libérale envers la Fondation et la conduire à la doter progressivement de tout ce qui est nécessaire au traitement médico-pédagogique.

du pavillon des gâteuses, de l'infirmerie, du gymnase, des classes et du réfectoire. — Substitution de la fibre de bois à la paille dans les matelas des gâteux. — Nomination de Mme Quatre, première infirmière au grade de suppléante.

Teigne. — Six enfants ont été soignées pour la teigne au pavillon d'isolement de la section de Bicêtre. A la fin de l'année, il ne restait plus que 5 enfants en traitement.

Maladies infectieuses. — Trois fillettes ont été soignées au même pavillon pour la *rougeole* : Labad..., Charu... et Die... ; cette dernière a succombé à une *broncho-pneumonie.* L'enfant Ro... y a été traitée pour un *érysipèle de la face.*

Maladies intercurrentes. — 10 enfants ont été traitées à l'infirmerie pour *bronchite;* 3 pour *broncho-pneumonie;* 2 pour *pneumonie ;* 6 pour *tuberculose pulmonaire* ; 1 pour *tuberculose intestinale* ; 2 pour *méningite* ; 10 pour la *grippe*; 15 pour *séries d'accès* ou *états de mal*; 11 pour *ophtalmie*, 9 pour *engelures;* 2 pour *excitation maniaque*; 15 pour *diarrhée ;* 17 pour *migraines ;* 6 pour *constipation;* 2 pour *stomatite;* 6 pour *embarras gastrique ;* 1 pour *vers ;* 1 pour *fracture* de la *jambe*; 1 pour *fracture compliquée* de l'*humérus.*

Vaccinations et Revaccinations. — Elles ont été au nombre de 29 dont 5 avec succès. De même qu'à Bicêtre nous revaccinons avec nos infirmières toutes les entrantes et toutes les malades qui sont à la Fondation depuis 5 ou 6 ans.

Bains et hydrothérapie. — Comme les années précédentes, nous avons eu recours dans une large mesure

aux bains et aux douches. Chaque année nous assistons plusieurs fois à l'administration des douches afin de nous assurer que l'on continue à se conformer à nos leçons. Quant aux autres moyens de *traitement*, ils ont été les mêmes que dans notre section de Bicêtre. Signalons surtout les *leçons de choses*, soit en classe, soit dans les jardins et les promenades. Nous recommandons à notre personnel de veiller le plus possible à l'*hygiène sexuelle*, principalement pour les petites gâteuses et pour les filles pubères. Les enfants prennent leurs douches à la Fondation; ce n'est qu'en cas de répartaoins qu'elles les prennent à Bicêtre. Quant aux *bains*, nous avons dû recourir encore cette année aux bains de Bicêtre. Les *bains de pieds* ont été donnés à la Fondation où existe, ainsi que nous l'avons dit, une installation convenable. Voici la statistique des *bains et des douches* en 1902.

Bains simples	5.560
Bains salés	445
Bains amidonnés	252
Bains pris à Bicêtre	2.250
Total	8.507

Douches	33.985
Bains de pieds	4.910

Douze enfants ont été soumises à la *médication thyroïdienne* : 5 *myxœdémateuses* (Lar.., Wath.., Kræm.., Lar.., Harb..); 4 *mongoliennes* (Maî.., Le Bri.., Cott.., Brég..,); 7 atteintes de *nanisme* (Rond.., Des.., Mott.., Imb.., Prig.., Grém.., Fuch..).

II.

STATISTIQUE. — MOUVEMENT DE LA POPULATION.

Le 1[er] janvier 1902, il restait à la Fondation **Vallée** 216 enfants se répartissant ainsi :

Idiotes et imbéciles	162
Epileptiques	53
Hystériques	1
Total	216

Sur ce nombre 78 sont *gâteuses*; 4 atteintes de *cécité* 2 de *surdi-mutité* ; 2 sont *bègues;* 3 présentent du *mutisme volontaire*; 6 sont particulièrement *impulsives*; 4 sont atteintes d'*hébéphrénie* ; 5 ont des *accès de colère* particulièrement violents ; 10 sont *paresseuses* d'une façon exceptionnelle ; 18 *turbulentes* ; 16 sont *menteuses*, à un degré vraiment pathologique ; 4 offrent une appétence marquée pour *le vin* ; 2 sont atteintes de *dacnomanie*; 2 de *pyromanie* ; 2 d'*écholalie*; 3 de *krouomanie*; 4 de *clastomanie;* 4 de *coprolalie;* 3 de *kleptomanie;* 3 d'*échokinésie* ; 4 de *coprophagie*; 1 *déchire ses ongles;* 2 sont *flaireuses*; 1 est *ruminante;* 8 sont *onychophages;* 14 sont *onanistes;* 5 offrent des *tics convulsifs de la face*; 9 du *balancement* du *tronc* avec *rotation de la tête;* 4 *idiotes* sont *tourneuses* ; 1 est *sauteuse;* 1 *grimpeuse* ; 1 est atteinte d'*hémiparésie* ; 7 de *paraplégie*; 11 d'*hémiplégie*; 1 de *maladie* de *Little*; 1 est *athétosique* et 2 atteintes de *cyphose*.

MOIS.	ENTRÉES	SORTIES.	DÉCÈS.	TRANS-FERTS.
Janvier	3	»	1	1
Février	»	»	3	»
Mars	7	4	2	1
Avril	»	1	1	12
Mai...............	5	»	1	1
Juin	»	»	2	2
Juillet	»	»	1	»
Août	5	»	»	»
Septembre........	3	2	1	»
Octobre	9	»	»	»
Novembre	6	1	»	1
Décembre	9	1	»	1
Totaux	47	9	12	19

Décès. — Les décès ont été au nombre de 12. Le tableau des pages XCVI, XCVII, fournit les renseignements concernant le diagnostic, la date et la cause du décès ainsi que les principales particularités présentées par les malades.

Sorties. — Les sorties ont été au nombre de 9 ; le tableau des pages XCVIII, XCIX, indique les motifs de la sortie, la nature de l'affection dont étaient atteintes les malades et leur degré d'amélioration à leur sortie.

Évasions. — Comme les années précédentes nous n'avons pas eu d'évasions en 1902.

Transferts. — Ils ont été au nombre de 19 ; 18 à Villejuif et 1 à la Salpêtrière.

Population au 31 *décembre.* — Il restait à la Fondation, le 31 décembre 222 enfants, se décomposant ainsi (p. XCIX) :

NOMS.	AGE.	PARTICULARITÉS.	Date du décès
Pern	10 ans.	Imbécillité. Épilepsie.	18 janvier.
Ha	18 ans.	Débilité mentale. Hébéphrénie.	8 février.
Bégas	15 ans.	Idiotie. Épilepsie.	14 février.
Redl	16 ans 1/2.	Imbécillité.	17 février.
Isel	7 ans.	Idiotie. Hémiplégie droite.	8 mars.
Pouz	7 ans 1/2.	Idiotie.	31 mars.
Cor	16 ans.	Idiotie.	26 avril.
Cous	9 ans 1/2.	Idiotie congénitale d'origine alcoolique.	2 mai.



CAUSE DU DÉCÈS.	PARTICULARITÉS.
État de mal.	Os du crâne moyennement épais. — Pas de synostose — Méningo-encéphalite légère. — État de mal.
Tuberculose pulmonaire.	Os du crâne minces et tendres; pas de synostose. — Aucune lésion macroscopique des centres nerveux. (L'autopsie seule du cerveau a été pratiquée.) (Voir obs. complète *Compte-rendu* de 1901, p. 111.)
Morte dans un accès.	Os du crâne durs et épais; pas de synostose; fosses de la base du côté droit plus profondes et plus développées qu'à gauche. — Apoplexie du corps thyroïde. — Traces de thymus. — Congestion pulmonaire. — Petit Kyste purulent du rein gauche. — Etat de mal.
Tuberculose généralisée.	Crâne ovoïde; os durs, épais: plaques transparentes; synostose complète de la suture sagittale. — Etat grêle des circonvolutions frontales. — Pas de lésions en foyer. — Néphrite parenchymateuse. — Tuberculose généralisée.
Broncho-pneumonie.	Os du crâne minces, peu épais; pas de synostose; fosses orbitaire et temporale gauches moins profondes qu'à droite. — Inégalité de poids des hémisphères cérébraux et cérébelleux: hémisphère cérébral droit, 455 gr.; hémisphère cérébral gauche, 318 gr.; hémisphère cérébelleux droit, 45 gr.; hémisphère cérébelleux gauche, 50 gr.; broncho-pneumonie.
Cachexie.	Crâne ovoïde; os peu épais et peu durs; pas de synostose. — Méningo-encéphalite disséminée. — Congestion pulmonaire. — Cachexie.
Pleurésie purulente tuberculeuse.	Os du crâne assez durs, moyennement épais; persistance de la suture métopique. — Méningo-encéphalite disséminée. — Pleurésie purulente tuberculeuse.
Diarrhée chronique.	Os du crâne minces, peu durs; persistance de la suture métopique. — Méningo-encéphalite disséminée. — Diarrhée chronique.

NOMS.	AGE.	DIAGNOSTICS.	CAUSE DE LA SORTIE.
Beuch...............	18 ans.	Imb. perversions instinctives, fugues.	Transférée à Villejuif le 6 janvier. Même état.
De la Fuent.........	11 ans.	Imbécillité, turbulence.	En congé, non rentrée, le 4 mars. Amélioration.
Gall.................	14 ans.	Imbécillité, épilepsie simulée	Rendue à sa famille qui la réclame le 4 mars. — Amélioration.
Cugn	14 ans.	Imbécillité, hystérie.	Rendue à sa famille, le 18 mars. Amélioration notable.
Lolli	18 ans.	Idiotie, gâtisme.	Transférée à Villejuif, le 20 mars. Même état
Desrond	17 ans.	Imbécillité, perversions instinctives.	Rendue à sa famille qui la réclame le 20 mars. — Amélioration.
Castell..............	17 ans 1/2	Imbécillité, épilepsie.	Transférée à Villejuif, le 17 avril. Agravation. — Déchéance.
Drou................	12 ans 1/2	Imbécillité, perversions instinctives, onanisme.	Rendue à sa famille qui la réclame le 23 avril. Amélioration notable.
Cierc................	18 ans.	Imbécillité prononcée.	Transférée à Villejuif, le 24 avril. Même état.
Mich	18 ans.	Imbécillité prononcée.	Transférée à Villejuif, le 24 avril. Même état.

CAUSE DU DÉCÈS.	PARTICULARITÉS.
Tuberculose généralisée. Méningite tuberculeuse.	Os du crâne minces et peu durs ; pas de synostose. — Méningite tuberculeuse. — Calcul du rein droit. — Tuberculose généralisée. —
Tuberculose pulmonaire.	Crâne : trigonocéphalie prononcée ; os minces et un peu durs ; persistance de la suture métopique. — Méningo-encéphalite circonscrite. — Traces d'albumine. — Tuberculose pulmonaire.
Tuberculose pulmonaire.	Opposition à l'Autopsie.
Congestion pulmonaire.	Crâne : plagiocéphalie très prononcée ; os très épais et très durs ; synostose presque complète de toutes les sutures. — Persistance du thymus. — Méningo-encéphalite disséminée. — Arrêt de développement des circonvolutions. — Congestion pulmonaire. —

athétosique et 1 est *choréique*.

Personnel. — Il a été composé en 1902 d'un médecin, d'un interne provisoire, M. Lutaud, qui nous a prêté un concours dévoué pour la prise des observations de l'année, l'examen et le traitement des enfants ; d'une surveillante, M[lle] Langlet, de 3 sous-surveillantes, M[mes] Ehrmann, Lapeyre et Croizelle ; d'un sous-surveillant-portier, M. Croizelle ; d'une suppléante M[me] Quatre, de 3 premières infirmières, M[mes] Jamoulle, Baruet et Billot-Morel, d'un infirmier, M. Piederrière, de 10 infirmières de jour et 8 de nuit. Total du *personnel secondaire*, 28.

Les résultats obtenus encore cette année à la Fondation Vallée sont dignes des plus grands éloges. C'est au personnel, et en premier lieu à M[lle] Langlet, et à ses collaboratrices, citées plus haut, que nous les devons. Nous sommes heureux de les signaler. Le

SORTIES.

NOMS.	AGE.	DIAGNOSTICS.	CAUSE DE LA SORTIE.
Beuch...............	18 ans.	Imb. perversions instinctives, fugues.	Transférée à Villejuif le 6 janvier. Même état.
De la Fuent.........	11 ans.	Imbécillité, turbulence.	En congé, non rentrée, le 4 mars. Amélioration.
Gall..................	14 ans.	Imbécillité, épilepsie simulée	Rendue à sa famille qui la réclame le 4 mars. — Amélioration.
Cugn	14 ans.	Imbécillité, hystérie.	Rendue à sa famille, le 18 mars. Amélioration notable.
Lolli	18 ans.	Idiotie, gâtisme.	Transférée à Villejuif, le 20 mars. Même état.
Desrond	17 ans.	Imbécillité, perversions instinctives.	Rendue à sa famille qui la réclame le 20 mars. — Amélioration.
Castell..............	17 ans 1/2	Imbécillité, épilepsie.	Transférée à Villejuif, le 17 avril. Agravation. — Déchéance.
Drou.................	12 ans 1/2	Imbécillité, perversions instinctives, onanisme.	Rendue à sa famille qui la réclame le 23 avril. Amélioration notable.
Cierc.................	18 ans.	Imbécillité prononcée.	Transférée à Villejuif, le 24 avril. Même état.
Mich.................	18 ans.	Imbécillité prononcée.	Transférée à Villejuif, le 24 avril. Même état.

Tunmerm	18 ans.	Imbécillité.	Transférée à Villejuif, le 24 avril. Amélioration.
Pon	18 ans.	Imbécillité, prononcée. Parole limitée à quelques mots.	Transférée à Villejuif, le 24 avril. Amélioration très-notable.
Guillau	18 ans.	Imbécillité prononcée. Perversions instinctives.	Transférée à Villejuif, le 24 avril. Même état.
Gobl	18 ans.	Imbécillité prononcée.	Transférée à Villejuif, le 24 avril. Même état.
Biog	18 ans.	Imbécillité. Cécité.	Transférée à Villejuif, le 24 avril.
Bleuch	18 ans.	Idiotie. Perversions instinctives.	Transférée à Villejuif, le 24 avril. Même état.
Gauch	18 ans.	Idiotie complète, gâtisme	Transférée à Villejuif, le 24 avril. Même état.
Kach	18 ans.	Imbécillité prononcée. Épilepsie.	Transférée à Villejuif, le 24 avril. Même état.
Schneid	18 ans.	Imbécillité prononcée. Épilepsie. Gâtisme.	Transférée à Villejuif, le 24 avril. Même état.
Bo	18 ans.	Imbécillité. Épilepsie.	Transférée à Villejuif, le 23 mai. Amélioration.
Glay	18 ans.	Idiotie. Maladie de Litthle.	Transférée à La Salpêtrière, le 3 juin. Même état.
Pill	18 ans.	Idiotie. Paraplégie.	Transférée à Villejuif, le 3 juin. Même état.
Viar	14 ans.	Imbécillité. Chorée.	Rendue à sa famille, le 5 septembre. Amélioration.

NOMS.	AGES.	NATURE DE LA MALADIE.	CAUSES DE LA SORTIE.
Luca................	12 ans.	Imbécillité prononcée.	Rendue à sa famille qui la réclame le 12 septembre. Amélioration.
Théod..............	14 ans.	Imbécillité. Perversions instinctives.	En congé, — non rentrée. Amélioration légère, le 17 octobre.
Chatea..............	13 ans.	Imbécillité. paraplégie.	Rendue à sa famille qui la réclame le 4 novembre.
Lagrang.............	18 ans.	Imbécillité. Perversions instinctives.	Transféré à Villejuif. — Amélioration.
Tard................	18 ans.	Imbécillité morale.	Transférée à Villejuif. Amélioration.
Machau..............	12 ans.	Imbécillité. Épilepsie.	Rendue à sa famille qui la réclame. Même état.

fonctionnement aussi parfait que possible et *très économique* de la Fondation Vallée, montre les avantages incontestables des établissements dont la population est limitée et qu'il est possible d'en confier la direction à une surveillante.

Mᵉˡˡᵉ Berthe LANGLET que nous avions pour surveillante depuis l'ouverture de la Fondation, en mars 1890, et dont chaque année, dans le Compte-rendu, nous nous plaisions à signaler comme ils le méritaient ses excellents services, a succombé en quelques heures à une attaque d'apoplexie le 15 octobre 1902. Ses obsèques ont eu lieu le 17 octobre. Appelé inopinément à prendre la parole nous avons prononcé l'allocution suivante :

MESDAMES, MESSIEURS.

Née à Homblières (Aisne), le 11 juin 1864, Mˡˡᵉ Berthe LANGLET entra dans l'Administration le 14 février 1880, à peine âgée de 16 ans. Elle débuta à l'Infirmerie générale de Bicêtre et, malgré son jeune âge, sut s'attirer l'estime et la bienveillance de ses chefs. Nommée suppléante dans notre service le 30 avril 1882, elle était promue sous-surveillante deux ans après, le 11 août 1884.

En 1890, en organisant la Fondation Vallée, nous avons proposé — ce qui fut accepté, d'accord avec M. Roux, directeur des affaires départementales, — de faire de cet établissement une dépendance de Bicêtre : la surveillance administrative, le service médical, le personnel secondaire devaient être empruntés à cet hospice. Notre choix, pour la nomination de la surveillante se porta sur Mˡˡᵉ Berthe, qui, grâce à sa bienveillance, à sa douceur envers les enfants, à son intelligence, à sa fermeté, avait su pleinement conquérir notre confiance. — Elle hésitait, se croyant au-dessous de sa tâche. Nous

SECTION III. — **Assistance et enseignement.**

I.

Classes ou Écoles spéciales pour les enfants arriérés.

Depuis plus de 10 ans, nous faisons campagne pour la création de classes ou d'écoles spéciales pour les enfants arriérés et les enfants idiots améliorés. Tous les ans, depuis 1896, nous profitons de la visite à Bicêtre de la Commission de surveillance des asiles d'aliénés pour lui communiquer des renseignements sur ce qui se fait à l'étranger et nous lui faisons voir un groupe d'enfants notablement améliorés qui pourraient être rendus à leurs familles, s'il existait à Paris des classes spéciales, comme il en existe dans la plupart des pays civilisés. Quelque peu découragé par l'inutilité de nos tentatives, nous nous sommes borné, cette année, à montrer les enfants susceptibles d'être reçus dans ces écoles, ce qui désencombrerait le service, permettrait de recevoir les enfants, plus malades, qui attendent. Les familles, qui ne doivent pas oublier leurs devoirs les reprendraient avec ou sans allocation, suivant leur situation.

Ayant offert à nos collègues de la délégation cantonale du Ve arrondissement, notre *Note* de l'an dernier sur les classes spéciales, le président M. Meurgé en a profité pour faire renouveler le vœu émis

précédemment et l'a transmis à quelques-unes des délégations de Paris. Voici, comme suite, la lettre qui nous a été transmise.

MONSIEUR LE DOCTEUR,

Conformément à une décision de la Délégation cantonale, j'ai l'honneur de porter à votre connaissance les réponses des délégations des IIIe et VIIe arrondissements au vœu tendant à la création dans quelques arrondissements de Paris de classes spéciales pour les enfants arriérés, vœu que la Délégation du Ve avait émis sur votre proposition et qui avait été communiqué à toutes les Délégations de Paris.

Le maire du IIIe arrondissement nous informe sans indiquer les motifs de sa décision, que la Délégation qu'il préside n'a pas cru devoir adopter ce vœu. Par contre, la Délégation du VIIe a déclaré appuyer le vœu précité et a fait connaitre son adhésion à M. le Directeur de l'Enseignement primaire.

Veuillez agréer, Monsieur le Docteur, l'assurance de nos sentiments les plus distingués.

Le maire, A. MEURGÉ.

Il n'est pas facile, dans notre pays d'introduire les réformes (1), même les plus justifiées. En revanche, nous avons reçu de Melle Lack qui est venue cette année, pendant quelque temps, suivre notre visite et étudier notre méthode de traitement médico-pédagogique, une lettre très intéressante sur les classes spéciales de Genève.

Genève, rue du Jura 10, Ce 2 septembre 1902.

MONSIEUR LE DOCTEUR,

Vous m'avez demandé, lors de ma visite à Bicêtre, de vous renseigner sur la situation actuelle des anormaux en

(1) Voir l'*historique* de la question dans notre *Compte-rendu* de 1901, p. CXV.

Suisse. Le sort de cette catégorie d'enfants s'est tellement amélioré durant ces dernières années que j'éprouve une véritable satisfaction en répondant à votre désir.

La plupart de nos cantons sont aujourd'hui pourvus de classes spéciales sinon d'établissements pour anormaux non épileptiques, les épileptiques de toute la Suisse étant reçus dans l'Établissement fédéral pour épileptiques de Zurich (M. Kolle, directeur).

Ce n'est qu'actuellement que la question des anormaux est véritablement à l'ordre du jour dans la Suisse romande; aussi les créations pour ces malheureux sont-elles assez récentes.

En mai 1898, M. le Docteur Ladame vous annonçait l'ouverture d'une classe spéciale, la première à Genève. Aujourd'hui cette ville (100.000 h.) en compte neuf. Ce nombre est suffisamment éloquent pour que je m'abstienne de démontrer l'urgence d'institutions semblables dans des centres industriels et d'énumérer les bienfaits qu'elles répandent.

Les résultats obtenus sont appréciables déjà, soit dans les classes ordinaires, soit dans la population dont elles mettent lestares à découvert.

Le Département de l'Instruction publique peut chaque année se féliciter d'avoir joint à l'École primaire ces annexes dont l'importance au point de vue social grandira proportionnellement à la perfection de leur développement. Car les classes spéciales de Genève ne sont pas encore l'idéal, c. à d. qu'elles présentent les inconvénients des classes spéciales disséminées, en ce sens qu'elles réunissent dans un même local et sous la même direction les éléments les plus disparates. Ces inconvénients sont peut-être plus marqués qu'ailleurs, car Genève est une ville frontière et un centre d'attraction, grâce à la réputation que lui ont faite ses nombreuses fondations philanthropiques, ses classes gardiennes et ses cuisines scolaires.

L'élément étranger domine dans les classes spéciales ; il est recruté dans une population instable et illettrée, les enfants, faute d'éducation et d'instruction premières, sont de vrais arriérés pédagogiques quoique parfois intelli-

gents et la tâche de la maitresse est de s'acharner contre leur ignorauce pour les restituer à l'école ordinaire. A côté de ces retardés, il y a les débiles, les indisciplinés et les anormaux proprement dits qui ont des lésions cérébrales apparentes. Les forces de la maitresse qui seule fait face à tant d'individualités, sont trop divisées pour que les résultats obtenus répondent à l'énergie et à l'activité dépensées. Une sélection s'impose et à la rentrée des cla-ses, en septembre, on inaugurera une petite *école* d'enseignement spécial à l'exemple de celle de Bruxelles. Elle ne se composera cette année que de trois classes seulement, faute de locaux appropriés : 1° une classe mixte pour les anormaux et les enfants de plus de huit ans ne sachant pas lire ; 2° une autre pour les retardés, mixte également ; 3° une encore pour les indisciplinés garçons.

Les exercices physiques (gymnastique eurythmique au son du piano, excursions, douches) et les travaux manuels (dessin, pliage, construction, coloriage, modelage, broderie, couture, tricot) occupent la moitié des heures de classe ; c'est la méthode intuitive développée à outrance qui est à la base de l'enseignement des autres disciplines. Les élèves qui ne peuvent être rendus à l'Ecole primaire sont à leur sortie des classes spéciales, placés en apprentissage par les soins de leur maîtresse, mais à en juger l'intérêt que ces enfants inspirent à la population, une société de patronnage ne tardera pas à se fonder.

Cet automne ou tout au plus tard au printemps prochain s'ouvrira un établissement qui recevra une quinzaine d'anormaux disséminés dans la campagne de Genève. Cette œuvre, dûe à l initiative privée, sera cependant subventionnée par l'État qui décrète l'instruction obligatoire pour tous.

Enfin j'espère, Monsieur le Docteur, que la prochaine fois que vous désirerez avoir des nouvelles de nos petits déshérités, l'on pourra vous répondre que chacun d'eux, sans distinction de nationalité, est placé dans les meilleures conditions de développement possibles avec garantie pour l'avenir.

Veuillez, Monsieur le Docteur, excuser le retard de cette lettre et le mettre sur le compte de belles vacances malheureusement terminées. Je vous enverrai sous peu quelques informations sur nos autres cantons. Dois-je m'étendre davantage sur certains détails ?

Recevez, Monsieur le Docteur, mes respectueuses et reconnaissantes salutations.

Louise LACK, institutrice.

Nous avons essayé, un peu subrepticement, un essai pour l'application du *traitement médico-pédagogique* à des malades *externes*. Nous avons fait venir dans notre service, une fois par semaine, des mères de famille avec leurs enfants auxquels des leçons étaient faites pour que les mères elles-mêmes apprennent comment elles doivent procéder pour appliquer, chez elles, notre méthode de traitement et d'éducation.

Le fils d'une sous-surveillante, Let.. (Louis) est venu en 1901 et en 1902, mais assez irrégulièrement, à la petite école.

Un imbécile achondroplasique, administré de l'hospice, a été envoyé par notre ami, le Dr P. Marie, et a suivi l'une des classes pendant quelque temps.

L'enfant Fourn... (Gaston) est venu également, chaque semaine, prendre une leçon à la petite école de Mme Bonnet. Sa mère, intelligente, très attentive aux leçons, s'occupe sérieusement de son enfant. Aussi avons-nous obtenu une amélioration déjà sérieuse.

D'autres enfants sont venus un certain nombre de fois mais ont discontinué, faute de temps, ou à cause de la distance ou parce qu'elles n'obtenaient pas aussi vite qu'elles l'auraient désiré, une transformation de leurs enfants.

II.

Condamnation d'un dégénéré épileptique.

M. le Dr Gilbert Petit, médecin en chef de l'asile d'aliénés du Mans, par une lettre en date du 12 avril dernier, nous communique le fait suivant :

« Un jeune soldat, du nom de Bellanger (Fernand), vient tout récemment d'être condamné par le conseil de guerre siégeant à Besançon à cinq ans de travaux publics, inculpé de violences envers ses supérieurs à l'occasion du service. Or, ce nommé Bellanger a passé plus de trois ans à l'asile des aliénés du Mans où il a été transféré de votre service de Bicêtre, en 1896.

« A mon arrivée à l'Asile du Mans, comme médecin en chef, en 1898, j'y ai trouvé ce malade. C'est un débile, *fort impulsif*, sujet à des alternatives de *dépression* et d'*excitation* ; il a même toujours passé pour *épileptique*. J'avoue qu'il ne m'a pas été possible d'observer moi-même chez lui de grandes crises : mais on a noté un *accès* dans la nuit du 13 au 14 septembre 1896 et des *vertiges* en septembre et novembre 1898. D'autre vertiges, en raison de leur fugacité, ont probablement échappé.

« Pendant l'instruction, personne ne s'est douté de son séjour dans un asile et personne n'a même émis un doute relativement à l'intégrité de ses facultés mentales.

« C'est navré de voir de quelle façon les enquêtes judiciaires sont parfois conduites, que je me permets de vous écrire en pensant que ce fait, qui est malheureusement bien loin d'être isolé, pourrait vous intéresser, d'autant plus qu'il s'agit, dans le cas particulier, d'un de vos anciens malades.

« J'ajoute que les parents, qui habitent le Mans, n'ont été avertis de la condamnation de Bellanger que fort indirectement par son avocat qui leur réclamait ses honoraires. Des démarches vont être faites pour essayer de réviser cette erreur et empêcher ce malheureux d'aller aux bataillons d'Afrique. »

Bellan... est entré dans notre service le 15 avril 1896, envoyé par la Préfecture de police, avec un certificat du Dr Legras, ainsi conçu : « Débilité mentale et vertiges probablement épileptiques. Discernement insuffisant. Actes impulsifs. Fugues. Instruction presque nulle. Stigmates physiques de dégénérescence. »

Dans son observation, un peu incomplète, nous relevons les particularités ci-après : Père migraineux ; grand père paternel *excès de boisson* ; mère, d'un caractère *emporté*, morte de tuberculose pulmonaire, ainsi qu'une tante maternelle ; grand-père paternel *paraplégique*.

Accouchement au forceps, parole seulement à 4 ans, accès de colère. De temps en temps il se sauvait dans la rue, courait devant lui, puis s'arrêtait tout d'un coup. A partir d'avril 1895, il a été sujet à des *vertiges*, revenant plusieurs fois tous les 3 ou 4 jours.

Au point vue physique, nous avons noté : physionomie un peu hébétée, front bas, oreilles écartées, bouche presque toujours entr'ouverte, palais ogival, tremblement des mains.

Au point de vue intellectuel et moral, nous relevons : *caractère irascible, emporté, indiscipliné, batailleur, toujours prêt à frapper, instabilité très prononcée*, de sorte qu'il est difficile de le maintenir soit à l'atelier, soit à l'école. Son sommeil est agité et interrompu par des réveils en sursaut. La mémoire est très faible, le raisonnement défectueux, l'obéissance et le respect à peu près nuls. Son instruction primaire, étant donné son âge, est médiocre ; il a été renvoyé successivement de plusieurs écoles pour sa mauvaise conduite et son irritabilité. Placé plusieurs fois en apprentissage, il a été congédié à cause de ses impulsions violentes. L'enfant, étant né au Mans, a été transféré à l'asile de cette ville, le 27 août 1896.

En résumé, il s'agit là d'un malade *dégénéré, arriéré intellectuellement*, atteint en outre d'*instabilité mentale*, sujet à des *impulsions violentes* et ayant présenté des *accès*, des *fugues* et des *vertiges épileptiques*. Tel que nous l'avons connu, tel qu'il a été observé à l'asile du

Mans, c'est un **irresponsable** sur lequel, nous asso[illegible] à notre collègue, M. le Dr Gilbert Petit, nous nous permettons d'appeler la bienveillance des pouvoirs publics (1).

* * *

Notre intervention, provoquée par notre excellent confrère le Dr Gilbert-Petit, a obtenu plein succès. Il a été d'abord sursis à l'envoi du malade aux compagnies de discipline, puis une enquête a été faite et finalement Bel... a été réformé. (*Progrès Méd.*, 1902, p. 271).

BOURNEVILLE.

---

(1) La ville de Brunswick signale aux *conseils de révision* les conscrits sortis des *écoles spéciales d'enfants arriérés*, de sorte que *l'autorité militaire* est au courant de leur état mental. (Bourneville, *Compte-rendu du service des enfants de Bicêtre* pour 1901, p. CXXII). — C'est une excellente pratique qui mérite d'être appliquée chez nous.

III.

Les aliénés dans les hôpitaux.

Nous avons toujours soutenu la thèse qu'il y avait de graves inconvénients à recevoir et surtout à maintenir dans les hôpitaux les *malades aliénés.* Voici une nouvelle démonstration de la justesse de cette opinion. Sous ce titre : *Un infirmier de Lariboisière poignardé par un fou, un alcoolique,* les journaux politiques rapportent le fait suivant :

« Dans la nuit du 12 au 13 un nommé Michel Grindolet, alcoolique, en proie à une crise de délire, ouvrit une fenêtre et, poussant un hurlement sinistre, se jeta dans le jardin de l'hôpital.

« L'infirmier Thiriot courut précipitament à la recherche du malade qu'il rejoignit dans le jardin. L'exaltation de Grindolet semblait calmée. Thiviot l'exhorta à rentrer, lui parlant doucement et le tenant par le bras pour le ramener. L'*alcoolique* répondit sur un ton paisible qu'il était calmé et qu'un accès de fièvre, sans doute, l'avait poussé à se jeter ainsi dehors par la fenêtre. Les deux hommes étaient rentrés dans l'hôpital et marchaient ainsi côte à côte dans un vaste couloir faiblement éclairé par des veilleuses. Tout à coup, le malade se jeta sur l'infirmier et, lui serraant fortement la gorge d'une main, lui plongea dans la poitrine un couteau poignard qu'il avait réussi à dissimuler dans sa manche.

« Le malheureux Thiviot tomba en poussant un cri qui réveilla tous les infirmiers. On accourut et on eut toutes les peines du monde à s'emparer de l'alcoolique qui était

en proie à une exaltation extraordinaire. On put enfin le ligoter et l'enfermer dans un cabanon (?). Quant au malheureux infirmier, il avait été porté en toute hâte sur son lit. Il était évanoui. On le ranima et on le pansa. Le coup lui a perforé le poumon. On désespère de le sauver. »

Ce fait s'ajoute à ceux que nous avons déjà rapportés pour montrer la nécessité d'envoyer les malades *aliénés* dans les *asiles d'aliénés*, aménagés et outillés en conséquence et de ne pas les maintenir dans les hôpitaux, où rien n'existe pour le traitement et la sécurité de ces malades. C'est aussi une occasion de rappeler la nécessité de faire passer, afin d'acquérir une expérience pratique sérieuse, à Bicêtre, les élèves-infirmiers, à la Salpêtrière, les élèves-infirmières, dans les services d'aliénés. Il s'agit là d'un *enseignement pratique*, indiscutable, que nous réclamons sans succès depuis une vingtaine d'années. (*Progrès Médical*, 1902, p. 253.) B.

IV.

Assistance des enfants nerveux : à propos des enfants martyrs.

La police reçoit quelquefois, de la part de personnes, de bonne foi souvent, des plaintes précises contre un de leurs voisins qui maltraite son enfant. « Elles entendent à chaque instant, disent-elles, dans le logement à côté, des cris de rage et de douleur, des appels désespérés poussés par un enfant que martyrise des parents indignes. » Si peu qu'il y ait dans les rapports de voisinage, sinon de l'inimitié, au moins une anthipathie quelconque, les dénonciateurs donnent les détails, et ne parlent rien moins que de brutalités systématiques, ayant pour but la suppression d'un enfant gênant.

Certes, il arrive trop souvent que des parents ignorants corrigent manuellement leur enfant, soit qu'il soit idiot, ou imbécile, soit qu'il soit indiscipliné, attribuant à sa mauvaise nature ce qui n'est que la conséquence d'une maladie. Mais il arrive aussi souvent qu'aucun sévice n'a été exercé, et que les cris ne sont poussés par le petit malade que sous l'influence d'une véritable crise, déterminée par des lésions irritatives de son cerveau. Ces sortes d'accès, en effet, revêtent dans certains cas un caractère réellement effrayant. On comprend que le voisinage s'imagine avoir affaire à des enfants martyrs. Nous pourrions citer de nombreux exemples ; quelques-uns suffiront.

Pierre D...., âgé de 9 ans, est atteint de crises épileptiformes. En dehors de ses accidents convulsifs, il lui arrive fréquemment, au moment où l'on s'y attend le

moins, de se rouler à terre en poussant des cris « comme si on l'écorchait ». S'approche-t-on de lui, il projette les jambes de tous côtés, essayant de frapper. Si on veut le relever, il cherche à mordre, et s'il ne peut y réussir, il se griffe la figure et se cogne violemment la tête sur le sol. Et ces « rages » surviennent au milieu d'une promenade, en classe, alors qu'il vient de rire ou de causer avec son maître.

Jean W., âgé de 8 ans, a, durant des heures entières et presque toujours aux mêmes moments, des accès de cris, dont la raucité exprime une véritable angoisse. Une personne qui ne le connaîtrait pas se demanderait à coup sûr, ce qu'on a pu lui faire pour qu'il se plaigne de la sorte.

Les enfants Lem... (Georges) et Det... (Marcel), à leur arrivée dans notre service, poussaient subitement des cris perçants et sans cause connue. Nous croyions toujours qu'un de leurs camarades leur avait fait quelque méchanceté ; nous avons fini par nous convaincre qu'il n'en était rien, que leurs cris n'avaient d'autres causes que des accès de rage et de colère inexpliqués. Peu à peu, pleurs, cris ont diminué et ont cessé presque comptètement.— Deux autres enfants, *G'sel...* (René) et *Mill...* (Émile), à la moindre gronderie, poussent des cris, comme si on les maltraitait.

Rena... (Victor), 10 ans 1/2, est sujet à des accès de colère non motivés dans lesquels il se roule par terre, se frappe le visage, le nez surtout, avec les poings fermés, ce qui provoque des épistaxis assez abondantes. Tout en criant, l'enfant répète : *non a pu, a pu,* comme si on le frappait, et demande pardon. Ces colères se reproduisent souvent, et il crie tellement fort qu'il est entendu de très loin. Rien ne le calme, et plus on lui parle, plus cela l'exaspère.

Grond... (Auguste), 14 ans 1/2, se met très facilement en colère et sans aucun motif. Les cris qu'il pousse sont aigus et de longue durée, capables d'éveiller l'attention, et ils sont aussi fréquents la nuit que le jour.

Decult... (Ch.), 10 ans 1/2, a des *accès de colère terribles.*

Il pousse des cris de douleur, puis des cris de rage, accompagnés de violences, frappe les portes et renverse tout ce qui se trouve à sa portée. Parfois un simple regard suffit pour l'irriter.

Ogonos.. Brous... (Georges), âgé de 11 ans, se met en colère journellement et sans motif. Il pleure ou plutôt crie en se tappant la tête des deux mains ou sur sa chaise, ensuite il se mord. Ces crises durent quelquefois des demi-journées entières.

Daud... (René), âgé de 8 ans 1/2, se met en colère sans motif et crie. Il ne se frappe jamais, il mord ceux qui se trouvent à sa portée, mange ses effets, les déchire, les ronge. Souvent on le calme momentanément en lui donnant un morceau de pain qu'il dévore, puis la colère reprend, et l'on est obligé de lui redonner du pain deux ou trois fois. Finalement au bout de deux ou trois heures, il se calme.

Guéninga..., âgé de 15 ans, a souvent des accès de colère. Il suffit qu'on l'effleure en passant ou même que l'on passe devant lui pour qu'il se mette à crier, à dire des grossièretés, en secouant sa tête fortement de droite à gauche trois ou quatre fois, puis il se calme pour recommencer quelques heures après.

Dans tous les cas qui précèdent, les enfants attirent l'attention des voisins par leurs accès de colère accompagnés de cris. Les parents sont souvent appelés chez le commissaire de police. Rien n'est plus facile que de constater s'ils ont oui ou non reçu des coups. Il suffit de les faire déshabiller. On constate alors qu'ils ne présentent ni plaies, ni ecchymoses. C'est ce qui est arrivé pour un enfant qui nous a été amené, à notre consultation de Bicêtre, le 13 février.

Sim... (E.), âgé de 12 ans, se met en colère pour des motifs futiles, injurie sa mère, à la maison et dans la rue, ameute les passants par ses cris, par ses « hurlements », se cogne la tête. Il bat sa sœur, casse les portes, brise les objets. Ces crises de colère durent quelquefois un quart d'heure. Un jour, ses cris ont déterminé, devant la maison

où il habite, un rassemblement de plus de 200 personnes. Des agents ont été appelés. La mère a été forcée de le conduire chez le commissaire de police. Celui-ci a eu la bonne idée de faire déshabiller l'enfant et comme il n'a constaté aucune trace de coups, il a renvoyé la mère.

D'ailleurs la présence de plaies, de bosses, d'ecchymoses ne serait pas toujours la preuve de sévices exercés sur les enfants. Ces lésions peuvent avoir été produites par les enfants eux-mêmes.

Dor. (Lucie), 11 ans, imbécillié très prononcée, très coléreuse et rageuse. Une légère contrariété la met de mauvaise humeur. Elle cherche à se faire du mal à elle-même et aux personnes qui l'entourent. Elle se tape, se donne des claques, se roule par terre, se cogne sur les murs, casse les carreaux, soit avec sa tête, soit avec ses mains. Quand elle est dans une rage semblable, elle pousse des cris, des hurlements qui pourraient faire croire qu'elle est battue. La tête, la figure, les mains, portent souvent des ecchymoses consécutives aux coups qu'elle se donne.

Rich.... (Marthe), 10 ans, atteinte d'idiotie complète, réunit en elle toutes les anomalies qui caractérisent l'idiot agité. L'insensibilité paraît très prononcée et l'enfant ne cesse de se cogner la tête, de battre les murs, les tables, comme ferait un bélier tout en poussant des *rugissements.* Le dessus de la main gauche porte des durillons formés par les coups qu'elle se donner constamment à la tête en frappant avec sa main. Ses *mains*, ses *oreilles,* sa *tête*, sont parfois *ensanglantées* et offrent très souvent des *ecchymoses.* Elle pousse des cris à intervalles réguliers comme si on la battait.

Pramag.. (Armand), âgé de 6 ans, a été admis dans notre service de Bicêtre, le 19 octobre dernier, Il est atteint d'idiotie à un degré prononcé. Il se tient généralement accroupi sur les genoux et les coudes, sans cesse agité. Il crie, pousse des renâclements comme un cheval, ou fait des bruits analogues à ceux d'un chat en colère. Il remue violemment sa tête, la heurte contre tous les corps durs à sa portée, le dossier des chaises, les montants de son lit, etc.. Malgré la surveillance, les capelines protectives, cet enfant présente sur

les diverses régions de la face, des bosses, des ecchymoses, des plaies.

Des faits de ce genre ne sauraient être assez connus, pour qu'on ne porte pas à la légère des accusations précipitées, soit contre des parents, soit contre le personnel chargé de soigner ces malheureux. Toutes les fois qu'une plainte semblable est formulée, une enquête s'impose, non pas seulement une enquête administrative, qui en l'occurrence n'aurait aucune valeur, mais aussi une enquête médicale sérieuse. (*Progrès médical*, 1903, p. 132.)

BOURNEVILLE.

DEUXIÈME PARTIE

—

Clinique, thérapeutique et anatomie pathologique.

I.

Idiotie du type mongolien; — Tuberculose pulmonaire ; — Appendicite tuberculeuse ;

Par BOURNEVILLE.

Parmi nos malades atteints d'idiotie, il en est qui offrent un arrêt de développement physique souvent très prononcé : le nanisme s'ajoute à l'idiotie. Il se présente d'ailleurs sous plusieurs formes : 1° nanisme avec infantilisme; 2° nanisme avec obésité; 3° nanisme avec myxœdème congénital ; 4° nanisme avec type mongolien (1). — En attendant que nous puissions faire une description des deux premières formes, nous allons rapporter un nouvel exemple de la dernière.

*
* *

Pendant longtemps nous n'avons eu que des cas isolés d'*idiotie mongolienne*. Dans ces dernières années, ils sont devenus plus nombreux, ce qui nous a permis, en nous servant également des mémoires publiés en Angleterre et aux États-Unis surtout, d'en donner un tableau clinique sommaire dans le *Traité de médecine* de MM. Brouardel et Gilbert. Nous

(1) On pourrait y joindre aussi le nanisme avec achondroplasie.

l'avons reproduit un peu plus complet dans le *Compte-rendu* de 1901 (p. 136-151), en y joignant une observation, avec portrait, suivie de l'*examen histologique* du cerveau de deux autres cas, fait par MM. les Drs Philippe et Oberthur.

SOMMAIRE. — *Père, convulsions de l'enfance, caractère emporté ; excès de boisson. — Grand père paternel, excès de boisson, mort de cirrhose du foie. — Arrière grand père paternel, excès de boisson. — Arrière grand'mère paternelle morte à 95 ans.*

Mère lymphatique, morte d'une attaque d'apoplexie. — Grand père maternel, excès de boisson, mort de tuberculose.

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 3 ans. — Deux frères, convulsions de l'enfance. — Demi frère paternel, malformation de la verge.

Conception, grossesse, accouchement, naissance, rien de particulier. — Anomalie de la dentition. — Marche à 2 ans. — Gâtisme. — Parole limitée à quelques mots. — Station assise en tailleur. — Description de la malade en 1895. — Paupières fendues en amande : regard mongolien; blépharite chronique. — Coloration des joues et du menton. — Oreilles petites, à caractères spéciaux. — Langue feuillée, hâchurée.

1895. *Diarrhée verte. — Exeat le 26 mai. — Amélioration.*

1900. *Réintégration à la Fondation Vallée. — Parole un peu plus développée; prononciation défectueuse. — Tendance à l'isolement. — Caractère plutôt triste. — Nanisme : (13 centimètres au-dessous de la moyenne.*

1902. *Traitement thyroïdien irrégulier* (janvier-mars). *Bronchite tuberculeuse. — Ulcérations de la langue. — Chute du rectum. — Cachexie progressive. — Mort.*

AUTOPSIE. — *Crâne trigone, persistance de la suture métopique. — Simplicité des circonvolutions. — Méningo-encéphalite partielle.*

Tuberculose pulmonaire. — Appendicite tuberculeuse.

Mer... (Jeanne Léontine), née à Montereau, le 3 août 1891, entrée pour la première fois le 7 janvier 1895 et pour la seconde fois le 26 juin 1900.

Renseignements fournis par le père (janvier 1895) *et la grand'mère de l'enfant* (juin 1902). **Antécédents héréditaires.** —

PÈRE, 45 ans, marinier, a eu de 8 mois à 2 ans une vingtaine de fois des *convulsions*; rhumatisant, excès de boissons (absinthe); caractère emporté. — [FAMILLE DU PÈRE : *Père*, rhumatisant, nombreux excès de boissons, mort à 50 ans de cirrhose du foie avec hydropisie. — *Mère*, sobre, pas d'accidents nerveux, bien portante. — *Grand père pat.*, excès de boissons. — *Grand'mère pat.*, 95 ans. — *Grand père mat.*, très fort, sobre, mort du choléra. — *Grand'mère mat.*, morte de tuberculose pulmonaire (?). — Rien à signaler sur ses oncles et tantes des deux côtés. — Deux *sœurs*, l'une décédée à 19 mois de « langueur » ; l'autre en bonne santé, veuve, sans enfant, pas de convulsions. — Dans le reste de la famille, il n'y aurait eu ni aliénés, ni épileptiques, ni bègues, ni strabiques, ni suicidés, ni prostituées, ni criminels, ni mongoliens, ni d'autres tuberculeux.]

MÈRE, pas de convulsions, un peu nerveuse, aurait eu des humeurs froides avec cicatrices consécutives ; morte à 41 ans, en 1895, d'un « transport au cerveau » peu après être accouchée d'un garçon, qui, en 1900, était bien portant, intelligent mais avait eu, pendant deux ans, plusieurs fois des *convulsions*. Elle s'est réveillée au milieu de la nuit, ne pouvait plus parler, avait le côté droit paralysé ; dans l'après-midi, elle perdit connaissance, eut des convulsions et mourut en 7 heures. — [FAMILLE DE LA MÈRE : *Père*, excès de boissons, mort vers 40 ans de *tuberculose* pulmonaire. — *Mère*, 66 ans, atteinte d'une affection cardiaque. — Pas de renseignements sur les grands parents paternels et maternels, ni sur les oncles et tantes. — Un *frère* est mort jeune, on ne sait de quoi; un *autre* serait bien portant et n'aurait pas eu de convulsions. — Aucun détail sur le reste de la famille. Il n'y aurait eu, ni d'un côté ni de l'autre, aucun exemple de mongolien, de goitreux, ni d'autres cas de tuberculose que ceux cités.]

Pas de consanguinité. (Père de Nogent-sur-Seine, mère de Paris). — Inégalité d'âge de 3 ans, père plus âgé.

4 *enfants :* 1° *garçon*, 6 ans (en 1895), intelligent, bien portant, pas de convulsions ; — 2° la *malade* ; — 3° *garçon*, 6 mois (en 1895), vigoureux mais a eu des *convulsions* assez fréquentes, durant son premier mois ; — 4° *garçon* dont il est question plus haut.

Notre malade. — La *conception* n'aurait pas eu lieu durant l'ivresse. — *Grossesse*, rien à noter si ce n'est que la mère

était contrariée d'être enceinte. — *Accouchement* à terme, naturel, par le sommet. — A la *naissance*, belle enfant, pas d'asphyxie. — Elevée au sein, qu'elle a bien pris, par sa mère jusqu'à 18 mois. Jamais d'accès de cris, ni de convulsions. *Elle a commencé à avoir ses grosses dents, puis les incisives*. La dentition complète n'aurait eu lieu qu'à un âge avancé qu'on ne peut préciser. *Marche* à 2 ans. Est encore *gâteuse* la nuit pour les urines. La *parole* est limitée à quelques mots. On arrivait assez facilement à fixer son attention ; elle paraissait écouter lorsqu'on lui parlait ; était « timide », ne jouait pas avec les autres enfants*;* paraissait aimer ses parents. *Elle s'asseyait en tailleur,* même pour manger (1). Elle a toujours *bavé* un peu. Pas de succion, pas de balancement, *grinçait* souvent des dents ; ni krouomanie, ni clastomanie. *Mange de tout;* ni constipation, ni diarrhée. — Aucune maladie infectieuse. Aucun accident lymphatique, si ce n'est une blépharite chronique : « Elle a toujours les yeux collés au réveil. » Ni vers ni onanisme.

État actuel (janvier 1895). État général satisfaisant. Physionomie peu expressive, regard sournois, comme éteint.

Tête : ronde avec saillie assez prononcée des bosses pariétales, symétriques. Bosse occipitale en relief.

Visage arrondi, d'apparence un peu bouffie. *Front* bas et surtout étroit. Il est bombé à sa partie moyenne au voisinage des cheveux et déprimé au-dessus de la racine du nez. Son défaut de largeur est accentué par ce fait que les bosses frontales sont couvertes de cheveux. Il y a une dépression prononcée au-dessus des sourcils, châtains, presque noirs, unis par un fin duvet. Le front a une hauteur de 5 cent. 1/2. Les *paupières, fendues en amande,* sont collées tous les matins. L'inférieure est bleutée ainsi que la racine du nez. Les cils assez rares, sont longs aux paupières supérieures. Les iris sont bleu clair ; les pupilles, égales, réagissent bien à la lumière et à la distance. Pas de nystagmus, ni de strabisme. — *Nez* moyen, formant une concavité prononcée dans sa moitié supérieure, extrémité grosse, arrondie. Narines égales, elliptiques. Cloison non déviée. *Joues grosses, colorées*.

Bouche petite (4 cent. 1/2), lèvre supérieure portée légère-

(1) L'enfant Lebris.., mongolien, se met également en tailleur dans son lit, et s'endort ainsi.

ment en avant. Sillon naso-labial assez accentué. Lèvre inférieure plutôt étroite.

Dentition : *Maxillaire supérieur* très rétréci latéralement en forme d'angle, à sommet antérieur. L'articulation ne se fait que sur les molaires. Les dents sont en mauvais état. Les incisives médianes, imbriquées, sont très petites. A côté d'elles se trouvent des chicots de dents de lait. Une petite molaire définitive et deux petites molaires de lait branlantes. Dents de 6 ans en voie d'évolution. — Au *maxillaire inférieur* les dents sont en très mauvais état. Les incisives médianes sont plus élevées que les incisives latérales et forment avec elles un arc de cercle à peine prononcé. Les petites molaires de lait ne sont pas encore tombées. Les dents de 6 ans et les petites molaires définitives sont en voie d'évolution. (Note de M. le Dr DUMONT, dentiste de Bicêtre).

Palais légèrement ogival en avant. La *langue* présente une *fente* à la partie moyenne, au milieu de la pointe. Sur le bord gauche, il y a une sorte d'*encoche* comme s'il y avait une perte de substance. — *Menton* moyennement rond, *rosé*. — Pas de prognathisme. — *Oreilles* très peu écartées ; ourlet assez bien dessiné dans les deux tiers antérieurs, ensuite très effacé; anthélix saillant, fourche bien dessinée. Les lobules sont petits, adhérents. Elles ont 4 cent. et demi de haut et 2 cent. et demi de large.

Cou gros, court, adipeux.

Thorax bien conformé, ainsi que le rachis. Rien à l'auscultation du poumon et du cœur. *Abdomen* volumineux, proéminent, à parois flasques. Pas de hernie ombilicale.

Membres supérieurs et *inférieurs* réguliers ; mouvements souples, réflexes normaux.

Organes génitaux. — Seins nuls ; aréoles pâles, mamelon tout petit. (Une tête de grosse épingle). Pénil saillant. Grandes lèvres un peu épaisses. Petites lèvres triangulaires, rudimentaires. Capuchon saillant. Clitoris tout petit. Orifice de l'hymen circulaire. Vulve un peu rouge. Anus, rien.

Les cheveux sont blonds, peu abondants surtout au niveau du tourbillon. Pas d'épi. Peau fine, blanche, glabre, sans cicatrice sauf aux bras des cicatrices de vaccin. Pas de ganglions.

M... ne se sert pas de la cuillère, il faut la faire manger. La mastication et la déglutition s'exécutent bien. L'enfant n'est ni salace, ni vorace ; préfère la panade, les légumes, la viande, les mets sucrés ; boit le vin, le lait avec avidité ; selles régulières ; gâtisme.

Mer... ne sait ni s'habiller, ni se déshabiller, ni se laver. — La vue, l'ouïe, l'odorat et le goût semblent normaux. Elle aime entendre la musique. — Son sommeil est bon. — Caractère doux, s'amuse seule avec un chiffon, un cordon, joue à cache-cache, dévalise les armoires, embrasse ses compagnes, leur sourit, est sensible aux reproches, affectueuse avec ses parents. — L'*attention* est facile à fixer. — La *parole* est limitée à quelques mots. — L'enfant ne cherche pas à faire comprendre ce qu'elle désire. En resumé, *idiotie prononcée.*

1er *février*. Diarrhée verte, fétide, abondante, qui cesse au bout de trois jours.

11 *février*. — Chute des cheveux sur toute la partie postérieure de la tête.

3-9 *avril*. — Revaccinée sans résultat.

26 *mai*. — Le père étant marinier, n'a pas de domicile fixe : l'un de ses enfants est né à Saint-Maur, un autre à Paris et notre malade à Montereau. Le département de Seine-et-Marne a demandé son transfert, le père s'y refusant, on signe la sortie.

Depuis son admission, cette enfant a fait beaucoup de progrès : elle prononce plusieurs mots distinctement, commence à se servir de la cuillère, porte le pain à sa bouche, boit seule. Elle est devenue presque tout à fait propre, va toute seule sur le vase; se cache quand elle s'est oubliée. Son attention, sa compréhension se sont développées.

De mai 1895 au 26 juin 1900, l'enfant est restée d'abord avec sa grand'mère, puis elle a été envoyée à la campagne dans le Limousin. Là, on a essayé plusieurs fois de lui faire suivre l'école; nulle part on ne voulait la garder " parce qu'on ne pouvait rien en faire ", parce qu'il faudrait, au dire des maitresses, une personne pour s'occuper d'elle seule, et qu'elle battait les autres enfants. Le caractère de Mer... est triste, puis brusquement gai ; elle a des petites colères et des impulsions subites, tire les cheveux des enfants qui jouent avec elle, jette les objets par la fenêtre. Elle prend un livre et une baguette et imite la maitresse faisant l'école. Elle cligne des paupières et plisse son front, ce qu'elle ne faisait pas autrefois.

Son père s'est remarié avec la sœur de sa première femme. *trois enfants* : 1o fille, 6 ans, pas de convulsions, bonne santé; 2o garçon *avait la verge en vrille,* n'urinait pas comme tout

le monde, conduit aux Enfants-Malades, opéré, mort trois jours plus tard par des *convulsions;* 3° garçon bien portant, pas de convulsions.

Température à la première entrée.

		Matin.	Soir.
7 janvier...........	1er jour.............	»	37°,2
8 —	2e —	37°	37°
9 —	3e —	37°,4	37°,2
10 —	4e —	37°	37°
11 —	5e —	37°	37°

1900. M... est réintégrée le 29 juin. La parole s'est un peu développée, mais la prononciation est défectueuse. Entre autres elle prononce *s* pour *ch* :*marcer* pour *marcher*, etc. La voix est plutôt voilée que claire. — Caractère doux, pas d'accès de colère, ni de cris, ne grince pas des dents, pas de tics. *Elle a la manie de s'asseoir par terre, les jambes croisées à la façon des tailleurs.* — Rien à noter du côté des sens, ni du sommeil. Elle connait un certain nombre d'objets usuels, sait distinguer les principales parties de son corps. — Elle est incapable de s'habiller, de se laver. — Notions scolaires absolument nulles. Elle marche bien, mais son pas est lourd. En montant et descendant les escaliers, elle s'appuie toujours à la rampe ; elle ne sait pas courir.

Température à la seconde entrée.

		Matin.	Soir.
1er jour	....	»	37°,2
2me —	....	36°,9	37°
3me —	....	37°,	37°,1
4me —	....	36°,9	37°
5me —	....	36°8	37°

Organes génitaux. — Tout le corps est glabre; les grandes lèvres sont peu épaisses. Les petites lèvres sont triangulaires, rosées, rouges, le clitoris est petit, l'hymen est circulaire, l'ouverture assez grande.

Traitement.— Huile de foie de morue, sirop de fer, bains salés, école, gymnastique.

Décembre. — Durant les premiers temps de son retour, il lui arrivait de pleurer des journées entières. Elle a eu plusieurs bronchites légères. Elle s'habille et se déshabille à peu près seule. Elle est propre le jour, mais urine au lit la nuit.

1901. *Juin.* — Elle est tranquille, a une tendance prononcée à l'inertie, préfère rester seule dans un coin que de jouer avec ses camarades. Caractère triste. Elle pleure à la moindre contrariété. Elle est très lente à s'habiller et à se déshabiller. A la gymnastique, on a beaucoup de peine à lui faire exécuter quelques mouvements. — Même traitement et douches. Etat stationnaire.

Décembre. — Même état. L'enfant mesure 1 m 12, elle devrait avoir 1 m 249, soit une différence de 0 m 129.

1902. — 4 *janvier.* — *Traitement thyroïdien* : 0 gr 25 pendant une semaine ; 0 gr 50, puis 0 gr 75, enfin 1 gramme.

Mars. — Bronchite légère à droite, engelures.

11 *mars.* — La température étant de 39°, 2 on suspend la glande thyroide, qui n'est reprise que le 23 mars.

12 *avril.* — Quelques râles au sommet du poumon droit. Guérison des engelures. Suppression du traitement à cause des accidents pulmonaires et des poussées de fièvre. Le poids a baissé de 1 kg. 700, la taille s'est augmentée seulement d'un centimètre.

28 *mai.* — Depuis le commencement du mois, toux de plus en plus fréquente, dyspnée, élévation de la température (tuberculose).

1er *juin.* — Mêmes symptômes pulmonaires. Appétit très faible, vomissements, chute du rectum. *Langue* rouge, douloureuse, fissurée à sa partie moyenne, *son extrémité est comme rongée.* On ne peut savoir si M.. s'est mordue ou si la lésion est due à la succion. Ces accidents ont été notés il y a un mois. Amaigrissement, sommeil mauvais à cause de la toux. La température se maintient élevée. Même état du corps et des organes génitaux.

12 *juin.* — L'affaiblissement et l'amaigrissement continuent, la toux et l'oppression persistent. Pas d'expectoration. La température est toujours élevée. La langue va mieux ; il n'y a plus d'inflammation; le bout rongé à gauche semble repousser.

15 *juin.* — T R. 37° le matin, 37°,3 le soir.

16 *juin.* — On constate ce matin que la figure est bouffie ; les pieds et les mains sont légèrement enflés. Soif vive, langue sèche. Persistance de tous les autres symptômes. TR. 39°, 2.

17 *juin.* — La faiblesse a encore augmenté. Gêne de la déglutition. Crise intense de dyspnée; syncopes répétées. La malade meurt à 3 heures du matin.

Poids après décès : 15 kilog.

Température aussitôt après la mort	....	36°
1/4 d'h. —	....	35°,2
1 h. —	....	34°,1
2 h. —	....	30°,3
5 h. —	....	26°,1
7 h. —	....	19°
9 h. —	....	15°,3
Température de la chambre	....	16°

Durant l'évolution de la *tuberculose*, du 11 avril au 17 juin, la température a généralement oscillé entre 38 et 39°, puis pendant douze jours entre 39 et 40°. Trois fois la température est descendue à 37 et 36°, 8 et enfin aussitôt après la mort elle était à 36°.

Mesures de la tête.

	1900		1901		1902	
	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juin.
Circonférence horizontale maxima	»	480	480	480	480	480
Demi-circonférence bi-auriculaire	»	340	340	340	340	340
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez	»	360	360	361	362	365
Diamètre antéro-postérieur maximum	»	155	156	157	158	158
— bi-auriculaire	»	110	112	112	112	113
— bi-pariétal	»	134	134	134	135	136
— bi-temporal	»	115	115	116	116	116
Hauteur médiane du front	»	45	45	45	45	45

Poids et Taille.

	1900		1901		1902	
	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juin.
Poids	»	24 k.	19 k.	19 k. 5	17 k. 5	15 k. 3
Taille	»	1m 12	1m 12	1m 12	1m 12	1m 13
Dynamomètre D	»	8	7	8	»	»
Dynamomètre G	»	8	7	8	»	»

DATES.	TEMPÉRATURE. M.	TEMPÉRATURE. S.	GLANDE. — DOSE.	POIDS.	TAILLE.
1902.					
Janv. 3	»	36°,8	»	17 k. 5	1^{m} 12
— 4	36°,6	37°,2	0 gr. 25	»	»
— 5	36°,8	38°,»	— 25	»	»
— 6	38°,2	37°,5	— 25	»	»
— 7	37°,7	37°,6	— 25	»	»
— 8	37°,»	37°,3	— 25	»	»
— 9	37°,»	37°,3	— 25	»	»
— 10	36°,8	37°,8	— 25	»	»
— 11	36°,8	37°,2	— 25	»	»
— 12	37°,1	37°,4	— 50	»	»
— 13	37°,»	37°,»	» »	»	»
— 14	36°,8	37°,4	» »	17 k. 4	1^{m} 12
— 15	37°,2	37°,3	— 50	»	»
— 16	36°,8	37°,2	— 50	»	»
— 17	36°,6	37°,4	— 50	»	»
— 18	36°,8	37°,3	— 50	»	»
— 19	37°,»	37°,7	— 50	»	»
— 20	37°,2	37°,6	» »	»	»
— 21	36°,8	37°,6	— 50	17 k. »	1^{m} 12
— 22	37°,»	37°,5	— 75	»	»
— 23	37°,2	37°,»	— 75	»	»
— 24	36°,8	37°,3	— 75	»	»
— 25	37°,»	37°,3	— 75	»	»
— 26	37°,»	37°,2	— 75	»	»
— 27	36°,8	37°,4	» »	»	»
— 28	38°,»	38°,8	» »	16 k. 8	1^{m} 12
— 29	39°,»	37°,4	» »	»	»
— 30	37°,7	37°,2	» »	»	»
— 31	37°,1	37°,5	— 75	»	»
Févr. 1	36°,8	37°,2	1 — »	»	»
— 2	37°,»	37°,6	1 — »	»	»
— 3	37°,3	37°,8	» »	»	»
— 4	37°,6	37°,6	1 — »	16 k. 8	1^{m} 12
— 5	37°,»	37°,3	1 — »	»	»
— 6	37°,1	36°,8	1 — »	»	»
— 7	37°,4	37°,2	1 — »	»	»
— 8	36°,6	37°,1	1 — »	»	»
— 9	36°,6	37°,3	1 — »	»	»
— 10	36°,8	37°,3	» »	»	»
— 11	37°,»	37°,2	1 — »	16 k. 7	1^{m} 12
— 12	36°,8	37°,4	» »	»	»

Dates.	Température. M.	Température. S.	Glande. — Dose.	Poids.	Taille.
Févr. 13	36°,8	37°,6	1 gr. »	»	»
— 14	36°,8	36°,9	1 — »	»	»
— 15	37°,2	39°,»	1 — »	»	»
— 16	37°,6	37°,6	1 — »	»	»
— 17	36°,8	37°,3	» »	»	»
— 18	37°,5	37°,1	» »	16 k. 9	1^{m} 12
— 19	37°,»	37°,4	1 — »	»	»
— 20	37°,1	37°,6	1 — »	»	»
— 21	36°,8	37°,2	1 — »	»	»
— 22	37°,»	37°,1	» »	»	»
— 23	37°,2	37°,4	1 — »	»	»
— 24	37°,»	37°,6	» »	»	»
— 25	38°,2	38°,»	» »	»	»
— 26	37°,6	39°,»	» »	16 k. 7	1^{m} 12
— 27	38°,8	38°,9	» »	»	»
— 28	38°,4	38°,8	» »	»	»
					»
Mars 1	37°,6	37°,7	» »	»	»
— 2	37°,2	37°,6	1 — »	»	»
— 3	37°,4	37°,5	» »	»	»
— 4	37°,»	37°,3	1 — »	»	»
— 5	36°,8	37°,6	1 — »	»	»
— 6	37°,2	37°,4	1 — »	16 k. 4	1^{m} 125
— 7	37°,»	37°,5	1 — »	»	»
— 8	36°,8	37°,4	1 — »	»	»
— 9	37°,»	37°,»	1 — »	»	»
— 10	37°,1	37°,4	» »	»	»
— 11	37°,2	39°,2	1 — »	»	»
— 12	38°,2	38°,3	» »	»	»
— 13	37°,8	38°,8	» »	»	»
— 14	38°,4	38°,7	» »	16 k. »	1^{m} 125
— 15	38°,»	38°,4	» »	»	»
— 16	37°,6	37°,3	» »	»	»
— 17	37°,6	37°,8	» »	»	»
— 18	38°,»	38°,3	» »	»	»
— 19	37°,3	38°,6	» »	»	»
— 20	37°,8	38°,2	» »	»	»
— 21	37°,8	38°,2	» »	»	»
— 22	37°,4	37°,8	» »	16 k. 2	1^{m} 125
— 23	37°,2	37°,4	1 — »	»	»
— 24	37°,3	37°,8	» »	»	»
— 25	37°,4	37°,7	1 — »	»	»
— 26	37°,2	37°,2	1 — »	»	»

DATES.	TEMPÉRATURE. M.	S.	GLANDE. — DOSE.		POIDS.	TAILLE.
Mars 27	37°,»	37°,8	1 gr.	»	»	»
— 28	37°,3	37°,5	»	»	»	»
— 29	37°,2	37°,5	»	»	»	»
— 30	37°,»	37°,8	1 —	»	»	»
— 31	37°,4	37°,5	»	»	»	»
Avril 1	37°,2	37°,3	1 —	»	»	»
— 2	37°,»	37°,5	1 —	»	»	»
— 3	36°,9	37° 3	1 —	»	»	»
— 4	36°,9	37°,»	1 —	»	»	»
— 5	37°,»	37°.5	1 —	»	»	»
— 6	37°,2	37°.3	1 —	»	»	»
— 7	36°,8	37°,2	»	»	»	»
— 8	37°,1	37°,6	1 —	»	15 k. 8	1m 13
— 9	37°,4	37°,5	1 —	»	»	»
— 10	37°,6	38°,3	»	»	»	»
— 11	38°,6	38°,1	»	»	»	»
— 12	37°,7	38°,4	»	»	»	»

Autopsie *faite* 30 *heures après la mort.*

TÊTE. — *Cuir chevelu* assez épais. La *coupe du crâne* est trigonale à un degré prononcé. Les *os*, peu durs, sont minces et offrent de nombreuses plaques transparentes. Les *sutures* sont toutes sinueuses, finement dentelées, transparentes et sans aucun os wormien. La *suture métopique* persiste dans toute sa longueur. — L'*apophyse crista-galli* est lamelliforme; la *glande pituitaire*, pâle, de volume ordinaire. — Le *trou occipital* n'a rien à noter. — La *pie-mère*, d'une façon générale, est pâle, luisante, humide, avec un peu de sérosité au voisinage de la grande scissure, au niveau de laquelle il y a quelques plaques laiteuses. Pas de traces de tubercules. Granulations de Pacchioni peu nombreuses. Les différentes parties de la base de l'encéphale : artères, nerfs, tubercules mamillaires, etc., sont symétriques. La *protubérance,* le *bulbe*, le *quatrième ventricule* n'ont rien à signaler. — La *glande pinéale* est pâle, de la dimension d'un petit pois.

HÉMISPHÈRE DROIT. — La *pie-mère*, un peu œdématiée, s'enlève facilement sur la face convexe du lobe frontal, sur

la frontale et la pariétale ascendantes et le tiers antérieur du lobe temporal. Il en est de même à la face interne, sur la première circonvolution du corps calleux, ainsi que sur le face orbitaire du lobe frontal. Il y a de nombreuses adhérences de *méningo-encéphalite* sur le pli pariétal inférieur, le pli courbe, les deux tiers postérieurs du lobe temporal et le lobe carré.

Les trois circonvolutions frontales sont bien dessinées, mais un peu petites, F^2 envoie à F^3 un pli de passage d'environ $0^m 03$. L'insertion de F^3 sur la frontale ascendante est maigre. F A est peu développée, très irrégulière. Le sillon de Rolando est assez profond. P A décrit plusieurs sinuosités, est médiocrement volumineuse et envoie un pli de passage curviligne à P^1. — Les plis pariétaux P^1, P^2 et P^3 sont assez développés, L O est plutôt peu volumineux. L I présente quatre digitations. T^1, grêle, envoie un pli rayonnant qui recouvre la 4me digitation de L I, T^2 est assez grosse ainsi que T^3. La circonvolution de l'hippocampe et la corne d'Ammon n'offrent rien de signaler. (PL. I).

Face interne. — F^1, peu sinueuse, reçoit un pli de passage de C C C, L P a l'aspect d'une grosse masse quadrangulaire coupée. Le lobe paracentral est largement confondu en avant avec F^1, L Q est large et en avant se confond avec C C C. Le *coin*, petit, est nettement distinct. De même que sur la face externe, le *lobe occipital* est petit. V L., C C, couche optique, corps strié, rien de particulier. D'une façon générale les sillons sont peu profonds. (PL. II).

En résumé, arrêt relatif des circonvolutions, plis de passage très peu nombreux, volume et poids au-dessous de la normale.

HÉMISPHÈRE GAUCHE. — Autant que nous avons pu en juger, cet hémisphère, non décortiqué, conservé pour l'*examen histologique* (Voir plus loin), paraît ressembler à l'hémisphère droit.

Cou. — *Thymus*, 4 gr. — *Corps thyroïde* assez volumineux (12 gr.).

Thorax. — *Poumon gauche* : La plèvre viscérale est épaissie ; foyer caséeux en voie de ramollissement au sommet ; les lobes adhèrent entre eux et sont farcis de *tubercules.* — *Poumon droit* : Plèvre moins épaissie ; adhérences moins

intimes des lobes; petite caverne et tubercules au sommet. Lobe inférieur à peu près sain. — *Cœur*, rien; trou de Botal oblitéré.

Abdomen. — *Foie*, légère dégénérescence graisseuse; pas de calcul; *vésicule biliaire* presque vide. — *Rate, reins, capsules surrénales*, rien. — L'*appendice vermiforme*, long de 0m 06, recourbé sur lui-même, adhère fortement au cœcum contre lequel il est aplati en forme d'S. Le long de l'appendice, ganglions engorgés. L'orifice de l'appendice communique avec une cavité dont la paroi est infiltrée de *tubercules*. On dirait que l'appendice a été détaché à sa base et relié au cœcum par cette sorte de cavité. Pas d'autres lésions tuberculeuses sur l'intestin grêle et le gros intestin. Pas d'altérations des *organes génitaux*.

Poids des organes

Encéphale	1.124 gr.
Hémisphère cérébral droit	450 —
— — gauche	450 —
Cerveau	900 —
Hémisphère cérébelleux droit	50 —
— — gauche	50 —
Bulbe et protubérance	12 —
Cervelet et isthme	112 —
Liquide céphalo-rachidien	petite quantité
Mœlle épinière	27 gr.
Corps thyroïde	12 —
Thymus	5 —
Cœur	120 —
Poumon droit	320 —
— gauche	640 —
Foie	715 —
Rate	65 —
Rein droit	60 —
Rein gauche	60 —

RÉFLEXIONS. — I. Ainsi que nous l'avons indiqué dans le sommaire, l'hérédité est assez chargée. Nous trouvons des *excès de boissons* des deux côtés, des *convulsions*, enfin la *tuberculose*.

II. Mer... offrait les caractères principaux de l'*idiotie kalmouke* ou *mongolienne* : physionomie spé-

ciale, vieillote, moue, dédaigneuse; plissement et rides du front; paupières fendues en amande, regard particulier, coloration des joues et du menton, voix un peu masculine, langue fendilliée, présentant des crevasses en tous sens, constituant des carrés; conformation *typique* des oreilles (toujours la même chez ces malades, *oreilles mongoliennes*), *station assise en tailleur* que nous avons observée plusieurs fois, *nanisme*: en 1902, à onze ans, sa taille n'était que de 1^m12 alors qu'elle aurait dû être de 1^m25 (1).

Après avoir constaté par la *radiographie* que Mer... n'avait pas encore les cartilages épiphysaires des genoux soudés, nous l'avons mise au *traitement thyroïdien*: 0 gr. 25 de glande thyroïde fraîche de mouton pendant une semaine, puis 0 gr. 50, — 0 gr. 75 et un gramme. Sa *température rectale*, plutôt un peu inférieure à la normale, s'est élevée vite et souvent nous avons eu des élévations thermiques, qui nous ont obligé de suspendre le traitement. Comme l'enfant a eu, durant cette période (4 janvier - 9 mars) des poussées de *bronchite*, comme les doses de glande thyroïde étaient minimes et, de plus, souvent interrompues, nous inclinons à mettre les élévations thermiques plus sur le compte de la bronchite tuberculeuse que sur celui du médicament. Le résultat a été médiocre: un *accroissement d'un centimètre*. Il paraît être bien attribuable au traitement thyroïdien car, depuis deux ans (1900 et 1901) la taille était demeurée stationnaire (1^m12). En raison de la maladie intercurrente, nous ne pouvons tirer aucune déduction relative au *poids* qui est allé diminuant progressivement.

(1) Nous aurons à tracer un parallèle entre les différentes formes de nanisme, surtout le *n. myxœdémateux*. Disons, dès maintenant que la forme de la tête, l'aspect de la physionomie est très différente; la fontanelle antérieure, encore ouverte chez le myxœdémateux est fermée chez le mongolien. Le premier est surtout végétarien, le second est omninore, etc.

III. Signalons la persistance de la *suture métopique*, le petit nombre des plis de passage du cerveau, la *méningo-encéphalite* et enfin l'*appendicite tuberculeuse*.

BIBLIOGRAPHIE. — Aux indications bibliographiques que nous avons données dans le *Compte-rendu* de 1901 (p. 146-147), nous ajouterons les suivantes :

Beach (F.), *Diagnosis and Treatment of Idiocy, with Remarks on Prognosis.* (*Lancet*, 1878, vol. II, p. 764) ; — *On Types Imbecility* (*Med. Times and Gaz.*. London, Vol. I, 1882, p. 300).

Shuttleworth, *The Physical Features of Idiocy in Relation to Classification and Prognosis* (*Liverpool Med. Chir. Jour.*, 1883.) p. 283. ; — Shuttleworth, *Clinical Lecture on Idiocy and Imbecility*, (*British Medical Journal*, Vol. I., 1886).

Jones (R.), *The mouth in Backward Children* (Imbeciles) *of the mongolian Type.* (*Journ. of mental Science*, 1890 vol. XXXVI, p. 187).

Smith Telford, *The thyroid, Treatment of Cretinism and Imbecility in Children* (*Brit. med. Journal*, 1896, p. 616) ; — Thomson and Bury, *ibidem* ; — Looft (Carl), *Klinisk og aetiologiske studier avec psykiske Udvi klings-Mangler hos Born.* Bergen, 1897.

Sutherland, *Mongolian imbecility in Infants* (*Practitioner*, dec. 1899) ; — *Differential diagnossis of Mongolian and cretinism* (*Lancet*, Jan. 6, 1900) ; — Still, *Mongolian Imbecility* (*King's Coll. Hosp. Rep.*, vol. VII, 1898-1899) ; — Kral, *Wien. Klin. Wochenschrift*, 1899, p. 734) ; — Neumann (H.), *Uber den Mongoloiden Typus der Idioten* (*Berl. Klin. Woch.*, 1899, n° 10).

Taylor (J.), *The Lancet*, 1900, vol. II, p. 1420.

West (J. P.), *Early Diagnosis of Idiocy*, (*Columbus Med. Jour.*, March, 1900). — West, (J. P. A.), *Note on the Little Finger of the Mongolian Idiot and of normal Children.* (*Archives of Pediatrics*, decembre 1901).

II.

Examen histologique de deux cerveaux d'idiots mongoliens ;

PAR Cl. PHILIPPE ET J. OBERTHUR.

L'examen a porté sur plusieurs circonvolutions choisies dans les différents lobes du cerveau (circonv. rolandiques, lobule paracentral ; 1e et 2e circonv. frontales ; circonv. occipitales ; circonv. temporales ; etc.). — Colorations à l'aide des principales méthodes : hématoxyline de Weigert-Pal ; bleu polychrome d'Unna-Nissl ; fuchsine picriquée de van Gieson ; hématoxyline alunée, etc.

1° MÉNINGES. Sur des coupes verticales et passant assez exactement par le centre de chaque circonvolution, les méninges molles, pie-mère et arachnoïde, sont partout épaissies, à un degré variable suivant les régions ; mais, toujours le maximum des lésions siège au niveau de l'arachnoïde viscérale, la pie-mère étant sensiblement moins frappée par le processus. Ainsi, là où existe le plus grand développement de la méningite, nous rencontrons une véritable membrane épaisse de plusieurs millimètres, membrane nettement constituée par des fascicules conjonctifs assez denses ; beaucoup de ces fascicules ont été coupés parallèlement si bien qu'ils apparaissent placés les uns à côté des autres, souvent ondulés et décrivant des sinuosités plus ou moins irrégulières. Dans leurs intervalles se voient également des fibres élastiques en grand nombre. — Fréquemment, cette *arachnitis fibro-plastique* en arrive à constituer, du côté de la face libre des méninges, des végétations assez volumineuses, semées de distance en distance, et souvent coiffées par les cellules endothéliales

de la séreuse arachnoïdienne, cellules aisément reconnaissables à leurs lames protoplasmiques qui sont étalées et pourvues d'un gros noyau saillant. Ces productions hyperplastiques sont intéressantes à signaler, puisqu'elles démontrent à elles seules toute l'intensité de l'inflammation méningée.

Les vaisseaux de la méninge, artérioles et veinules, sont souvent dilatés, présentant des tuniques externes franchement épaissies, mais sans que les tuniques, interne ou moyenne, paraissent altérées.

Outre la prolifération des faisceaux conjonctifs de l'arachnoïde viscérale et des tuniques externes des vaisseaux, il convient de noter également la présence d'*amas cellulaires*, qui se montrent un peu partout, soit dans les espaces conjonctifs élargis, soit autour des vaisseaux. Toutefois, ces amas cellulaires ne sont jamais très nombreux. Il parait donc s'agir plutôt d'un processus méningé à évolution assez lente.

Immédiatement en dedans de l'arachnoïde ainsi épaissie, nous rencontrons les travées conjonctives, elles aussi notablement épaissies : travées qui, à l'état normal, cloisonnent les lacs sous-arachnoïdiens du liquide céphalo-rachidien. De plus, les mailles formées par l'enchevêtrement de ces travées sclérosées, contiennent fréquemment des cellules blanches, gl. mononucléaires de toutes dimensions ou gl. polynucléaires, rangés en amas d'ailleurs assez discrets ; également des cellules conjonctives enflammées, reconnaissables à leur masse protoplasmique volumineuse et membraniforme, pourvue d'un noyau ovalaire gros et clair et de prolongements multiples et ramifiés.

La *pie-mère* est certainement moins altérée, bien que son épaississement existe partout où il y a une *arachnitis* suffisamment développée.

2° ÉCORCE CÉRÉBRALE. La couche névroglique sous pie-mérienne est notablement augmentée d'épaisseur. Au niveau de certaines régions plus particulièrement malades, généralement là où existe le maximum de développement des lésions méningées (lobule paracentral ; circonv.

temporales), cette couche névroglique a doublé d'épaisseur. De plus, elle est très dense, constituée par un feutrage de fibrilles bien tassées et par des cellules-araignées souvent volumineuses et entourées de prolongements gros et nombreux, bien capables d'être suivis sur une grande longueur. Enfin, de ses portions les plus externes se détachent, en assez grand nombre, de grosses fibrilles qui paraissent prendre insertion sur le feuillet le plus interne de la pie-mère voisine, de façon à réaliser une véritable symphyse méningo-corticale, comme il arrive dans toute encéphalite suffisamment intense.

Les *fibres tangentielles* sont altérées surtout au niveau de la couche d'Exner. Bien que ce feutrage n'ait nulle part disparu, il est très-peu riche en fibres myéliniques, dans toutes les circonvolutions examinées, même au niveau des circonvolutions du lobule paracentral qui, à l'état normal, contiennent un si grand nombre de fibres tangentielles. En outre, les fibres encore existantes sont grêles, assez espacées les unes des autres, mal orientées dans leur direction générale, puisque ces fibres, au lieu de rester parallèles à la surface de la circonvolution, deviennent obliques ou même perpendiculaires à cette surface.

A mesure qu'on examine les couches corticales situées plus profondément, les fibres tangentielles augmentent certainement, mais tout en restant de nombre sensiblement inférieur à la normale. Dans les circonvolutions où existent bien nettement les feutrages super et inter-radiaires, ces feutrages sont peu denses, et, sur les préparations colorées à l'aide de l'hématoxyline de Weigert-Pal, ils ne forment plus les bandes foncées qui, à l'état normal, se distinguent aisément d'avec les autres couches faiblement teintées.

Cette même diminution de nombre se retrouve pour les *fibres radiaires*; leurs fascicules sont peu denses, assez espacés les uns des autres, même quand ils abordent le centre ovale de chaque circonvolution.

Les *couches cellulaires* sont certainement bien moins atteintes que les fibres nerveuses, tangentielles ou radiaires, si l'on s'en rapporte aux résultats fournis par les

meilleures techniques actuellement employées, en particulier par la méthode de Nissl. Sur les préparations colorées à l'aide de cette dernière méthode, particulièrement précieuse pour l'étude des colonnes cellulaires de l'écorce cérébrale, ou remarque aisément le grand nombre des cellules nerveuses, généralement bien orientées; c'est ainsi qu'on retrouve les différentes couches bien connues (Meynert), et, dans chacune de ces couches, les éléments cellulaires sont nets, possédant leurs principaux caractères de morphologie et de structure habituels; même, les grandes cellules pyramidales des circonvolutions rolandiques sont nombreuses et bien développées. Sans doute, fréquemment, les masses protoplasmiques sont craquelées, fissurées, vacuolaires; souvent même, elles sont le siège d'une désintégration moléculaire surtout accusée dans les portions les plus périphériques; mais le noyau reste intact, sans état chromophilique nettement appréciable, sans atrophie ni déplacement bien marqué. De même, l'espace péricellulaire, souvent élargi, est parfois rempli par 2 et 3 noyaux fortement teintés par les hématoxylines (neuronophagie, vraisemblablement par des noyaux lymphocytaires; plus exceptionnellement par des noyaux névrogliques). Toutefois, malgré cette neuronophagie et les lésions cellulaires, évidentes, que nous venons de décrire, les éléments persistent en très grand nombre, de telle sorte que les altérations précédentes paraissent plus vraisemblablement être sous la dépendance de processus aigus et terminaux; les caractères de ces altérations plaident plutôt en faveur de cette dernière interprétation. Quoiqu'il en soit, nous devons souligner le contraste, très-net, qui existe entre les lésions, *considérables*, des fibres tangentielles et radiaires d'une part; et *les altérations minimes*, probablement terminales, des cellules nerveuses, d'autre part.

En résumé, chez ces deux malades, nous avons constaté l'existence des lésions méningées et corticales, que nous avions déjà signalées l'année dernière dans deux autopsies (*Compte-rendus*; de 1902.) — Actuellement, nous désirons simplement souligner la physionomie très spéciale du processus pathologique rencontré dans tous

ces cas. Il ne s'agit certainement pas de la méningo encéphalite ordinaire, qui détermine des lésions destructives intenses dans le cerveau tout entier, avec microgyrie considérable et agénésie des principaux faisceaux de projection et d'association. Les altérations sont plus discrètes, plus superficielles, puisqu'elles frappent surtout les fibres tangentielles, tandis que les cellules nerveuses sont bien moins malades. Très vraisemblablement, c'est une forme spéciale de *méningo-encéphalite corticale* surtout prononcée dans les régions les plus superficielles de l'écorce cérébrale. Le processus nous a paru avoir envahi la presque totalité des circonvolutions, dans tous les lobes du cerveau, avec une intensité sensiblement égale. Cette méningo-encéphalite des régions superficielles du cerveau a entraîné la diminution assez considérable des fibres nerveuses, tangentielles et radiaires, quelle que soit la région examinée. Par contre, les cellules nerveuses, à part un certain degré d'atrophie, nous ont paru suffisamment nombreuses, au niveau de toutes les couches de l'écorce cérébrale. La processus pathologique a été généralement plus intense chez Mer... que chez Conné... (1); mais, dans les deux cas, il avait sensiblement les mêmes caractères généraux.

(1) L'observation de Conné... a été publiée dans le *Compte-rendu de* 1901, p. 136.

III.

Imbécillité congénitale, probablement aggravée par l'alcoolisme de la nourrice, qui a déterminé une méningite : Type mongolien ;

Par BOURNEVILLE et J. BOYER.

Sommaire. — *Père, rhumatisant, très emporté. Grand'père paternel mort d'un «coup d'apoplexie». — Mère, très nerveuse «un paquet de nerfs», sujette à des accès d'oppression antérieurs au mariage; toujours frigide dans les rapports sexuels, acceptant mal les grossesses. — Grand-père maternel phtisique. — Grand'mère maternelle, morte d'apoplexie cérébrale. — Oncle maternel, très nerveux, plusieurs congestions cérébrales, la dernière suivie de paralysie transitoire. — Son fils, cousin germain de la malade, mort de méningite. — Tante maternelle sujette à des accès d'asthme. — Frère, mort de méningite avec convulsions à 6 mois. — Autre frère bien portant.*

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge d'un an (mère plus âgée.)

Grossesse, idées noires. — Accouchement à 7 mois et demi. — Asphyxie à la naissance. — Prise du sein difficile, protrusion de la langue à la naissance. Allaitement de 15 jours par la mère, puis par une nourrice alcoolique. — Méningite à 6-7 mois. — Avant, l'enfant paraissait déjà anormale. — A un an, elle semblait n'avoir que 6 mois. — Première dent à 14 mois ; dentition anormale. — Marche à 2 ans, — Début de la parole après 3 ans, évolution très lente et incomplète à l'entrée. — Propre vers 10 ans. — Caractère irritable. — Affectivité, esprit d'ordre. — Mouvements lents, maladroits. — Tendance à l'imitation. — Réglée à 10 ans 1/2. — Congestion pulmonaire à 6 ans. — Rougeole à 12 ans. — Écolage nul. — Manies bizarres,

pyromanie, impulsions. — Traitement médico-pédagogique, disparition des manies, amélioration générale.

Marcelle F...., née le 16 octobre 1882, est entrée à l'Institut médico-pédagogique le 2 juin 1898, sortie le 31 mai 1901.

Antécédents héréditaires. — PÈRE, 47 ans, pas d'accidents nerveux graves, mais très emporté, « une soupe au lait. » — Rhumatisant, « tout le monde l'est dans ma famille. » Pas de dartres, pas d'accidents vénériens. [*Père*, mort d'un *coup d'apoplexie*, à 65 ans, sobre. — *Mère*, morte en couches, d'une hémorrhagie. — *Grand-père paternel*, mort de vieillesse, à 80 ans ainsi que la *grand'mère paternelle*. — Pas de renseignements sur les *grands-parents maternels*, ni sur les *oncles et tantes* des deux côtés. — Un *frère*, bien portant sans enfant. — Deux *demi-sœurs*, en bonne santé.]

MÈRE, 48 ans, aurait eu de l'asthme avant le mariage ; a eu depuis très souvent des accès d'asthme, parfois épouvantables ; elle n'a plus de grandes crises depuis qu'elle a des congestions du foie, des coliques hépatiques ; très nerveuse, « un paquet de nerfs ». N'a jamais senti aucun plaisir dans les rapports sexuels, plutôt du dégoût ; accepte ses grossesses avec beaucoup de peine : elle « n'était pas faite pour être mère de famille ; » n'a jamais éprouvé de bonheur dans la maternité. Malgré cela, excellente femme, travailleuse, « cœur d'or », — [*Père*, mort *poitrinaire* à 39 ans. — *Mère*, morte à 63 ans» d'une *paralysie cérébrale*, d'une *apoplexie cérébrale ;* variqueuse. — *Grand-père paternel* mort à 49 ans, on ne sait de quoi. — *Grand'mère paternelle* morte assez âgée, subitement. — *Grand-père maternel* mort assez âgé à la suite de chagrins dûs à des pertes d'argent. — *Grand'mère maternelle* morte à 55 ans, on ne sait de quoi ; aurait eu des pertes utérines. — Un *frère*, très nerveux, a eu trois légères *congestions cérébrales* (48 ans), actuellement mal portant ; a eu un peu de *paralysie* après la dernière congestion, mais son intelligence n'a pas baissé. Il a eu un enfant mort de *méningite ;* des deux autres, l'un a eu une *coxalgie* et boite, mais n'a pas eu de convulsions, l'autre se porte bien. — *Deux sœurs* : une a 3 filles et 1 garçon en bonne santé, elle-même est asthmatique, très calme ; l'autre, calme, a une fille bien portante, mais nerveuse, sans convulsions de l'enfance, a eu un garçon mort du choléra. — Pas d'autres apoplectiques, pas d'aliénés, etc. dans le reste de la famille.]

Pas de consanguinité ; inégalité d'âge d'un an, mère plus âgée. — Dans les deux familles aucun cas semblable à Marcelle.

Trois *enfants* et une fausse couche : 1° *garçon,* mort de *méningite* avec *convulsions* à 6 mois ; — 2° *notre malade ;* — 3° *fausse couche* à 6 semaines, à la suite d'une émotion provoquée par la chûte d'une suspension à l'étage supérieur ; — 4° *garçon,* 11 ans, bien portant, pas de convulsions, apprend bien.

Antécédents personnels. — *Conception*, rien à relever. — *Grossesse*, pas de chagrins, mais des idées noires, qui du reste ont persisté jusqu'à maintenant. « Elle ne peut pas se trouver heureuse. » — *Accouchement* à 7 mois 1/2 à la suite d'un voyage de Rambouillet à Paris (pas de chûte) ; facile, par la tête, avait perdu « pas mal d'eau le matin. » — A la *naissance,* l'enfant était *asphyxiée,* on a été obligé de la fouetter, revenue au bout de 6 minutes; était courte, potelée, bien formée, avait des ongles. Prise du sein très difficile : *protrusion de la langue.*

Allaitée par sa mère pendant 15 jours, puis confiée à une nourrice qui s'est mise à boire du vin et de l'eau-de-vie ; l'enfant avait 6 mois quand on s'en est aperçu, cela durait depuis six semaines. La nourrice a été trouvée *ivre-morte ;* le lendemain une *méningite* très-grave s'est déclarée chez l'enfant; pas de convulsions. Avant la méningite, l'enfant n'avait pas « de connaissance bien nette. » La méningite a duré 8-10 jours ; pas de paralysie.

Première dent à 14 mois ; les *grosses dents ont paru les premières,* les incisives, les dernières. (Son père a eu sa première dent à 8 mois). Dentition complète, on ne sait. — Elle a *marché* à deux ans (son frère à 13 mois). — *Parole*, début après trois ans. A 10 ans, elle parlait à peine (son frère a bien parlé à 15 mois). — *Réglée* à 10 ans 1/2, sans accident : écoulement peu abondant ; pas de pertes blanches. — *Propre* vers 9 ans, (son frère vers 14 mois). — Sommeil toujours agité, un peu moins depuis quelque temps. — Pas de céphalalgie. — Congestion pulmonaire très grave à 6 ans. — Caractère irritable, il ne faut pas la taquiner. Pas de clastomanie (?). Ne serait pas menteuse (?). Bon appétit, sans être gourmande (?).

Très caressante. — Susceptible d'attention, observatrice, rien ne lui passe inaperçu, mémoire fidèle. Elle s'habille et se déshabille, mais très lentement, se lave la figure, se sert du couvert, essaie de coudre, mais ne sait pas, enfiler son

aiguille, essaie de faire son lit, mais sans y réussir, met et dessert le couvert. — Elle n'a jamais pu apprendre à lire, à écrire et à compter.

État à l'entrée. — ÉTAT PHYSIQUE. — La *physionomie* exprime l'hébétude, même quand le sourire se manifeste. — Les *cheveux* sont bien plantés, châtains, assez épais, longs et un peu grossiers ; ils n'empiètent pas sur le front. — Celui-ci est assez bombé, plutôt large. Les bosses frontales rapprochées, sont peu saillantes ; il y a deux rides à droite. — Pas de dépression au niveau des arcades sourcilières. — Les sourcils sont bruns, clairsemés, légèrement arqués, sans solution de continuité. — Les *yeux* sont assez ouverts, *fendus en amande* ; iris gris, pupilles dilatées même en pleine lumière, *strabisme convergent* de l'œil droit ; paupières plutôt fortes, relevées à leurs commissures externes, cils bruns raides et clairsemés. Blépharite ciliaire datant de l'enfance.

Le *nez* est petit, gros, saillant, relevé à son extrémité, très différent de celui de ses parents, narines visibles de face, ouvertes surtout celle de droite, ailes à peine dessinées. — *Lèvre supérieure* fuyante, mince, en retrait ; *lèvre inférieure* saillante, peu épaisse, retombante. — *Bouche* presque toujours ouverte ; quand les lèvres sont closes, la bouche dessine un croissant à branches retombantes. — *Langue* épaisse, large, longue, paresseuse, se mouvant difficilement. Elle présente de chaque côté de la ligne médiane, à 2 cent. de la pointe, en allant en arrière cinq ou six fentes un peu curvilignes, longues de 2 à 3 centimètres, s'étendant presque jusqu'aux bords, non douloureuses (*Langue mongolienne*). — *Dents* mauvaises ; mâchoire supéreure : incisives médianes espacées, incisives latérales cariées, pas de canines ; les premières molaires sont cariées, les 2es manquent, les 3es sont également cariées. Mâchoire inférieure : incisives longues, étroites, espacées ; trois molaires à gauche, quatre à droite, toutes avec un point de carie. — *Voûte du palais* étroite, un peu ogivale. — Le *menton* est étroit, arrondi, rosé. — Les *joues* sont peu saillantes, colorées. — Les *oreilles* sont très petites, égales et symétriques ; hélix et anthélix forts distincts, lobule très petit, complètement adhérent.

Le *crâne* est légèrement ovoïde, petit, bosses pariétales et occipitales à peine saillantes.

Le *cou* est assez long, circonférence médiane 31m 6.

Thorax un peu plat, seins bien dessinés mais peu saillants, diam. vertical 0m 08 à droite ; 0m 09 à gauche ; diam. horizon-

tal $0^m 10$ à droite ; $0^m 11$ à gauche. Aréole rosée, mamelon bien dessiné $0^m 005$ à $0^m 006$. A l'œil le sein gauche est plus bombé.

Bassin large, ventre assez gros. *Colonne vertébrale* légèrement déviée à gauche dans la région dorsale, et à droite dans la région lombaire.

Organes génitaux : poils noirs, longs, assez abondants sur tout le pénil, sans trainée vers l'ombilic, commençant à envahir les aines; poils longs et abondants sur les grandes lévres qui sont assez grosses, petites lèvres débordant les grandes lèvres; capuchon petit, clitoris peu volumineux, hymen circulaire, non frangé ; anus rien.

Membres supérieurs bien proportionnés, un peu courts cependant. *Mains* petites, larges, doigts courts, légèrement palmés, ongles bien plantés.

Membres inférieurs assez longs, cuisses fermes, jambes grêles ; pieds courts et plats.

2° ÉTAT PHYSIOLOGIQUE. — Marcelle est plutôt inerte. En récréation, elle restera assise, mais ne se joindra pas à ses compagnes pour jouer. — La *marche* est lente, les jambes sont écartées, les genoux se maintiennent en demi-flexion, le tronc est un peu incliné en avant ; cette dernière attitude est conservée quand Marcelle est assise. — Le saut est impossible, la course aussi. — Les mouvements sont limités, même exercés passivement, les articulations sont incapables d'extension complète, pas de craquements. Souvent, en récréation, sur la pelouse, elle s'assied en tailleur.

A table, l'enfant se tient assez bien ; se sert de la cuillère et de la fourchette, coupe sa viande elle-même ; boit seule, mais ne tend pas son assiette, si on l'oubliait ne demanderait pas ; lente à manger, mastication très difficile. — Les *fonctions digestives* paraissent s'effectuer assez bien, pas de somnolence après les repas ; les selles sont quotidiennes, normales. *Pas de gâtisme* proprement dit, mais la moindre surprise, la moindre émotion suffit pour provoquer chez elle une miction involontaire : c'est ainsi qu'à sa première douche, à ses premiers exercices de gymnastique, et sous l'influence de la peur à la vue d'un escargot, elle a uriné sous elle. — Le *sommeil* est profond, mais plaintes en dormant, et souvent ronflement bruyant.

Organes des sens : la *vue* paraît assez bonne, M.. reconnait les personnes de loin, mais ne distingue pas les couleurs. — L'*ouïe* paraît normale ; M.. aime la musique et le chant, mais chante horriblement faux. — Le *goût* est peu développé, M..

mange indistinctement de tout, sans présenter de salacité. — Le *toucher* est obtus, du reste la main est idiote, la préhension est faible, M.. laisse tout tomber, ne peut tenir ni crayon, ni aiguille. — L'*odorat* est assez développé, M.. aime les odeurs, est flaireuse.

Pas de mouvements involontaires et spasmodiques; grimaces de la face presque continuelles mais non saccadées.

Marcelle est réglée, mais l'écoulement ne se produit pas régulièrement. Le jour même de l'entrée (2 juin), époque approximative des menstrues, elle a eu à table comme une faiblesse, elle n'a pas mangé et on a dû la coucher; le lendemain on a trouvé deux gouttes de sang sur son linge, et tout s'est borné là; le 15 juillet, même indisposition suivie d'un écoulement aussi restreint. (Voir p. 34).

La *parole* est limitée à des mots mal prononcés, d'une voix d'homme désagréable. Pas de phrases, quelques verbes à l'infinitif. Parmi les sons vocaux *o*, *eu*, *ou* et *u* sont données o; les labiales et les dentales sont correctes, toutes les sifflantes (*s*, *z*, *ch*, *j*) sont transformées en *ch*; les liquides y compris le *r* guttural sont bonnes; les gutturales sont changées en dentales, si ce n'est, chose bizarre, quand elles sont suivies du son *r*; les autres syllabes complexes sont toutes défigurées.

3° ÉTAT PSYCHOLOGIQUE. — L'*intelligence* est très peu développée et correspond à celle d'un enfant de 2 ans. Marcelle comprend ce qu'on lui dit, se rend compte de ce qui l'entoure, mais ses perceptions ne sont que sensorielles. La compréhension est très faible et surtout très laborieuse. L'attention est apparente mais presque impossible. La réflexion n'existe pas. L'imitation existe. Quant aux autres opérations intellectuelles, elles sont tellement rudimentaires, qu'on ne peut en relever la moindre manifestation. — La mémoire existe, surtout la mémoire auditive.

Marcelle n'a jamais pu rien apprendre; elle ne sait aucune lettre, et ne peut pas tenir un crayon; ne connaît aucune couleur, n'a pas du reste la moindre connaissance des choses usuelles, à l'exception toutefois de ce qui a rapport à ses vêtements.

4° ETAT INSTINCTIF ET MORAL. — Peureuse, aime la société; a le sentiment de la propriété, jalouse de ce qui lui appartient. — Propre, coquette, ordonnée. — Le bien et le mal se confondent avec le permis et le défendu. — Très entêtée ; ne fait que ce qu'elle veut ; se débat, griffe et donne des coups de

pieds quand on veut lui faire faire ce qui ne lui plait pas. — Manies bizarres : de sucer le nez d'une de ses compagnes, de les griffer à la figure. — Affectueuse néanmoins, s'attache vite.

Traitement: Bains, douches, gymnastique, travaux du ménage, exercices scolaires.

1898. *Septembre*. — M.. fait la suspension aux échelles convexe et horizontale. — Donne bien tous les sons vocaux ; fait quelques petites phrases au moyen des articulations correctement données. — Connaît toutes les voyelles et les trace d'après modèle. Compte jusqu'à 10. Connaît le rouge, le vert, le jaune. — Les manies n'ont pas reparu.

Décembre. — Fait en gymnastique les mouvements d'ensemble. Marche le corps droit. — Donne sur ordre les gutturales. — Connait et trace d'après modèle les syllabes simples composées d'un *m, p, t, n* et d'une voyelle, ainsi que leurs combinaisons en mots. — Fait les couvertures dans son dortoir, commence à faire son lit. — Sait dire la couleur d'un objet donné. Elle est plus docile.

1899. *Mars*. — Exercices de gymnastique aux haltères et aux barres à sphères. — Stationnaire en lecture et écriture ; fait d'après modèles des 1 et des 2. — Quelques mouvements de colère à l'adresse de ses camarades.

Juin. — Suspension aux anneaux et aux barres parallèles. — Sait écrire 1, 2 et 4. — La parole est plus libre, M... se mêle aux conversations.

Septembre. — Stationnaire en lecture et en écriture ; connaît le nom des figures géométriques, les usages du mètre et du litre. — Fait son lit.

Décembre. — Connaît deux nouvelles lettres *l* et *k*, lit leurs combinaisons en syllabes simples et en mots usuels; copie des mots, saurait écrire d'après modèle n'importe quel mot. — Notion de nombre jusqu'à concurrence de 5. — Impulsions : casse un carreau, cherche à éteindre le gaz, jette une serviette au feu.— Balaye, essuie, range.

1900. — *Mars*. — Sait lire *v* et *ch* dans les syllabes simples et les mots usuels. — Compte oralement jusqu'à 30, a la notion de nombre jusqu'à 10.— Renverse par maladresse une casserole de lait, qu'elle avoue avoir voulu boire.— Sait tenir un passe-lacet et une aiguille à tapisserie, fait le point toute seule.

Juin. — Sait lire *d, f, au, ou, ai* et les mots formés de ces éléments. — Sait donner un nombre de boules jusqu'à concurrence de 22. — Pyromanie ; a plusieurs fois essayé de toucher au gaz ; jette une clef dans les cabinets et demande elle-même qu'on l'attache pour qu'elle ne puisse pas recommencer. — Deux accidents de gâtisme.

Septembre. — Nouvelles manifestations de pyromanie : fait brûler des chiffons, renverse une lampe allumée sur ses effets ; jette une chaussure dans les cabinets. — En classe, quelques progrès, écrit sous la dictée les mots qu'elle sait lire : donne des boules jusqu'à 30. — Fait du crochet. — Essaye plusieurs fois de frapper ses compagnes sans raison.

Décembre. — Mouvement de colère parce qu'on l'a changée de dortoir, arrache une applique de gaz. A part cela, bon trimestre. État stationnaire en classe, mais on peut de plus en plus l'occuper aux soins du ménage. Pas d'impulsions sans motif. — Fait des ourlets, et commence à marquer.

1901. *Mars.* — De plus en plus habile aux soins du ménage, apprend spontanément à ses petites compagnes à s'habiller et à se nettoyer. — Surprise en flagrant délit d'onanisme.

Mai. — Pas la moindre impulsion. — En classe connait les solides, les usages du blé, du raisin, de la laine, de la soie, du coton, du bois, du cuir, des principaux métaux et des unités de mesure. — Sait compter jusqu'à 100, connaît les chiffres. — Sait lire et écrire tous les mots formés de syllabes simples. — Dessine toutes les figures géométriques. — Fait des reprises. — Caractère docile ; elle n'a plus de caprices.

1902. — A sa sortie de l'Institut médico-pédagogique, Marcelle est rentrée dans sa famille où, après peu de temps, elle a été placée chez une dame qui prend quelques pensionnaires aux environs du Bois de Boulogne. Elle a pris de l'embonpoint. Voici quelques renseignements sur sa situation à la fin de 1902.

La coloration des joues et du menton persiste mais est moins accusée qu'autrefois. — Les *paupières* sont moins souvent collées le matin qu'autrefois. — Toutes les dents de la mâchoire supérieure sont tombées, M... porte un dentier complet.

La poitrine, assez large, plate, mesure 75 cent. au niveau des aisselles qui ne présentent qu'un petit nombre de poils courts (2 cent. sur 3). Les *seins*, ont 11 cent. de large sur 9 de haut. Elle est bien membrée ; « le buste est resté enfant », dit

son père. Le thorax tranche avec les membres qui sont développés, " potelés ". — Sa taille est de 1m52.

Ses *règles* auraient été régulières jusqu'à son entrée à l'Institut, irrégulières durant son séjour, régulières depuis sa sortie ; elles ont toujours été et sont encore peu abondantes. Pas d'onanisme ni de manifestations génésiques.

Oreilles plutôt collées qu'écartées, *très petites :* 5 cent. et demi de hauteur et à peine 3 de largeur, des deux côtés. Hélix bien ourlé ; son extrémité antérieure est brève, de sorte que



Fig. 1.

la cavité de la conque, assez profonde, n'est pas divisée. Anthélix un peu saillant, bien fourchu, confondu en bas avec l'antitragus de dimensions assez réduites ainsi que le tragus. — Le lobule, est très petit (6 à 7mm, de hauteur), triangulaire, incisure étroite, assez longue s'effile en bas, se confond avec la joue. *Atrésie* très prononcée du conduit auditif; jamais d'écoulement. *Ouïe* fine. *(Oreilles mongoliennes).*

Le *caractère,* " resté enfant " s'est amélioré. Les *crises d'entêtement* sont moins fréquentes et moins longues. Marc... n'est plus violente, ni coléreuse; elle n'est pas menteuse, n'a plus eu d'impulsions à détruire, à incendier, à voler. La mémoire est bonne, l'affectivité bien développée. La tenue est très correcte, elle est propre, coquette. Elle aime les travaux manuels, la musique, danse la polka et le quadrille.

La *parole* est toujours défectueuse. Elle parle entre ses dents, *beautoup* pour *beaucoup, tatre* pour *quatre, crois* pour *trois, tafé* pour *café,* etc..

	1898 Sept.	1899 Juin	1900 Juin	1901 Mai
Poids	39.7	41.3	45.2	47.4
Taille	1.49	1.49	1.495	1.50
TÊTE.				
Circonférence horizontale maxima	50.6	51	51	51.5
Demi-circonférence bi-auriculaire	30.5	30.8	30.8	30.8
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez	39	39	39	39
Diamètre antéro-postérieur maximum	16.5	16.8	16.8	16 8
— bi-pariétal	13.2	13.8	13.8	14
— bi-temporal	10.2	11	11	11.2
— bi-auriculaire	11.7	12	12	12
Hauteur médiane du front	6.7	6.7	6.7	6.7
TRONC.				
Circonférence au niveau de l'aisselle	82	82	82	82
— des mamelons	67	72	73.5	76
— de l'ombilic	63	68	68	68
Sein droit : Diamètre horizontal	10	»	»	15
— vertical	8	»	»	11
Sein gauche : Diamètre horizontal	11	»	»	17
— vertical	9	»	»	12
Dynamomètre : à droite	18	19	20	20
— à gauche	17	19	20	20

Elle fait des grimaces, plisse le front qui est ridé. — Elle ne prend jamais l'attitude des tailleurs comme le font certains mongoliens (et comme elle-même le faisait autrefois sur la

pelouse). — Les fonctions digestives s'accomplissent convenablement. Marc... *mange de tous les aliments*, les viandes aussi bien que les légumes. — *Sommeil* prolongé avec bruits pharyngiens, sorte de plaintes plutôt que ronflements.

Règles.

	Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juill.	Aout	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
1898	«	»	»	»	»	le 3	le 15	»	»	»	»	»
1899	»	le 10	le 20	le 6	le 9	le 10	le 9	le 26	»	»	le 30	»
1900	le 18	le 24	le 26	le 26	»	le 1	le 2 et 27	le 23	le 17	»	»	»
1901	le 16	le 20	le 26	le 29	»	»	»	»	»	»	»	»

RÉFLEXIONS.— I. L'*hérédité* est assez chargée : grand père paternel et *grand'mère maternelle* morts *d'apoplexie*; *mère* très nerveuse, sujette à des *accès d'asthme* ainsi qu'une *tante maternelle*; oncle maternel, plusieurs *congestions cérébrales*; cousin et frère morts de *méningite*.

II. L'*idiotie* doit être considérée comme *congénitale* : l'asphyxie à la naissance, la prise du sein difficile, la protrusion de la langue, en fournissent la démonstration. Cet état s'est aggravé par l'*alcoolisme* de la nourrice et la *méningite* qui en a été la conséquence. L'évolution de l'enfant (dentition, marche, parole, propreté, taille) s'est faite avec une grande lenteur, notablement en retard.

III. Nous trouvons réunis chez Marcelle tous les symptômes qui caractérisent l'idiotie mongolienne : physionomie, expression des yeux, strabisme, oreilles et langue mongoliennes, arrêt de développement physique (*Nanisme* relatif), main idiote, etc.

IV. Contrairement aux idiots *myxœdémateux* chez

lesquels les organes génitaux ne se développent pas, les organes génitaux évoluent à peu près régulièrement chez les *mongoliens*. Marcelle, à cet égard, a été plutôt précoce puisqu'elle a été réglée à dix ans et demi. Une autre de nos malades, Muni.., âgée de 12 ans, a eu ses règles à 11 ans et d'une façon régulière.

V. L'ensemble des symptômes observés à l'entrée de Marcelle à l'*Institut médico-pédadogique* et les renseignements obtenus sur sa situation antérieure justifiaient le diagnostic : *idiotie mongolienne* ; l'amélioration, lente mais progressive, réalisée pendant son séjour, autorisent à la sortie le diagnostic : *imbécillité mongolienne*. L'amélioration, depuis sa sortie, non seulement s'est maintenue mais semble encore s'être accentuée. Son observation, malgré l'âge assez avancé quand on nous l'a confiée, montre que les mongoliens sont susceptibles d'être amendés (1).

(1) Lors de sa dernière visite le père nous a rappelé qu'un jour, avant l'entrée à l'institut médico-pédagogique elle s'était ingéniée à manger des fraises qu'elle avait arrosées de pétrole.

IV.

Épilepsie idiopathique, déchéance, suicide, fracture de l'atlas et écrasement du bulbe, appendice anormal ;

PAR **BOURNEVILLE** ET **L. E. MOREL**.

SOMMAIRE. — *Père, nerveux, emporté, alcoolique, mort à 46 ans d'une maladie du foie. — Un grand oncle maternel atteint de paraplégie. — Renseignements insuffisants sur la famille. — Mère, 46 ans, bien portante. — Grand'mère maternelle morte à 50 ans d'un cancer du pylore. — Rien de spécial sur le reste de la famille. Pas de consanguinité. — Père deux ans de plus que la mère.*

Conception probablement pendant l'ivresse du père. — Grossesse normale, rien à signaler. — Accouchement à terme, rien de spécial. — Première dent à 10 mois (?); dentition complète à 2 ans. — Début dela marche à 11 mois. — Propre à deux ans. — Normal jusqu'à 13 ans.

A 13 ans, frayeur vive, brûlure grave; 8 mois plus tard premier accès; succession régulière des accès toutes les semaines pendant un an. — Cessation des accès pendant un an. Réapparition hebdomadaire des accès, sans cause appréciable. Diminution de l'intelligence. — Répétition des accès. — Crise de violence; suicide. Fracture de l'atlas et de l'axis. — Mort. — Autopsie : fracture de l'arc antérieur de l'atlas, écrasement du bulbe. — Appendice iléo-cœcal très long et très volumineux.

Lorth.... (Georges), né à Château Thierry, le 25 mai 1885, est entré le 11 janvier 1901 à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE).

Renseignements fournis par la mère. — **Antécédents héréditaires.** — PÈRE mort à 46 ans d'une *maladie du foie.*

D'un caractère *nerveux* et *emporté*; *buvait avec excès surtout à l'époque de la conception ;* ne semble pas avoir eu la syphilis. Employé dans une C[ie] d'assurances, il est resté de longues années dans la même administration, mais *avait cessé tout travail durant les cinq ou six dernières années de sa vie*, à cause de sa maladie du foie. Il n'a jamais eu de migraine, ni de convulsions. — Son *père*, est mort à 40 ans, on ne sait de quoi : les *renseignements sont insuffisants*. — Sa *mère* est morte à 85 ans, " usée", elle n'était ni démente ni paralytique. — Pas de renseignements sur les *grands parents* tant *paternels* que *maternels;* toutefois, un *frère de la grand'mère* avait une " *paralysie des jambes* ". Ni *frère*, ni *sœur*. — Il ne semble pas qu'il y ait eu dans la *famille* d'aliénés, ou d'épileptiques, etc...

MÈRE, 46 ans, pas de convulsions, pas de chorée, a toujours été nerveuse. Pas de céphalagie, ni de migraines. — Son *père*, qui était sobre, s'est tué accidentellement dans une chute de montagne à l'âge de 60 ans. — Sa mère est morte vers 50 ans, d'un *cancer du pylore*. — Les *grands parents paternels* et *maternels* sont tous morts très vieux, sans avoir jamais présenté d'accidents nerveux.

Du *côté paternel*, *trois oncles* et *trois tantes* sur lesquels les renseignements manquent; leurs enfants qui vivent encore n'auraient pas eu de convulsions. — Du *côté maternel*, un seul *oncle*, bien portant. — Un *frère*, 45 ans, *hospitalisé à Bicêtre*. *Une sœur*, 50 ans, en bonne santé, mariée, mère de trois enfants qui n'ont jamais eu de convulsions.

Pas de consanguinité ; le père avait deux ans de plus que la mère.

Douze enfants : 1° fille de 21 ans, pas de convulsions ; — 2° garçon, 20 ans, pas de convulsions , — 3° fille, morte à dix mois de fluxion de poitrine. ; — 4° *Notre malade ;* — 5° garçon de 14 ans ; — 6° garçon, 13 ans ; — 7° fille, 12 ans ; — 8° fille, 11 ans, ; — 9° fille, 10 ans ; — 10° fille, 9 ans : — 11° fille, 8 ans ; — 12° fille, morte à 3 ans de rougeole, compliquée de broncho-pneumonie : Aucun d'eux n'aurait eu de convulsions.

Antécédents personnels. — *Conception*. La mère était en parfaite santé ; par contre, le père s'adonnait à la *boisson* et la mère "*croit que la conception a eu lieu pendant l'ivresse du*

père". — La *grossesse* fut bonne au début; ni coups, ni chute n'en vinrent troubler le cours. Mais quand l'enfant commença à remuer (vers le 5e mois) il se montra beaucoup plus *violent* que les trois enfants qui l'avaient précédé et que les huit qui suivirent. — *Accouchement* à terme; présentation du sommet. Rien de spécial à noter.

A la naissance, bon aspect de l'enfant qui est immédiatement envoyé en nourrice, et nourri au sein. — La *première dent* semble avoir percé vers dix mois; à *deux ans* la *dentition* était *complète.* L'enfant fit ses *premiers pas* à 11 mois, et *marcha* définitivement vers 14 mois. Vers deux ans, il devint *propre,* et *commença à parler.* A 5 ans, il eut la *rougeole,* ce fut la seule maladie infectieuse qu'il eut; de même, il n'eut ni dartres, ni suppurations de l'oreille, ni blépharite, ni conjonctivite, ni adénites cervicales.

Jusqu'à 13 ans, son *développement physique* et *intellectuel* fut absolument *normal*; il n'avait jamais eu la moindre convulsion; jamais un mal de tête, jamais un étourdissement. Studieux et appliqué, il avait obtenu à 11 ans son certificat d'études.

A 12 ans, un accident assez particulier lui causa une *frayeur vive* qui provoqua l'apparition de symptômes nerveux que rien ne pouvait faire pressentir. L'enfant avait mis dans la poche de son pantalon, une grande quantité d'amorces au fulminate; la grande chaleur qu'il faisait, ou le heurt d'un petit couteau qui se trouvait dans la poche, détermina l'éclatement des amorces qui mirent le feu aux vêtements. Affolé, l'enfant se sauva dans le jardin, en poussant des cris d'épouvante, et tout environné de flammes. Quand on le secourut, on vit qu'il avait la main et la cuisse droites profondément brûlées. Il dut rester alité pendant six semaines, avec une grosse fièvre, mais pas de délire. *Huit mois plus tard,* à 13 ans, il eut un *premier accès.* L'enfant était dans la maison de ses parents; on le vit pâlir et tomber, sans jeter un cri; ses quatre membres étaient rigides "on ne put lui desserrer les doigts". Pouce fléchi dans la paume, perte complète de connaissance, pas d'émission d'urine, pas de morsure de la langue. *Stertor* consécutif à l'accès. Le même jour, deux autres accès; puis rémission de dix jours, nouvel accès; nouvelle rémission de quinze jours, et série d'accès. Après quoi les *séries d'accès se répètent chaque semaine, pendant un an, pour cesser complètement pendant toute la 14e année.* Durant cette période, la *rémission* a été *complète,* il n'y a pas eu le moindre vertige. *A 15 ans,* les *accès réapparaissent*

sans qu'on relève de *cause provocatrice*. Ces accès diffèrent un peu des précédents. La *chute* s'accompagne d'un *cri*, l'enfant d'abord *pâle*, est ensuite *cyanosé;* il émet des *urines; écume*, entre en *stertor*, puis *s'endort* pendant cinq ou six minutes. Les accès reviennent par série, au maximum de dix en 24 heures. On enregistre une série toutes les semaines. L'état de l'enfant avant et après la série d'accès reste à peu près le même, pendant un an. Une fois cependant, l'enfant dit à sa mère : "je sens que je vais me trouver mal". Une autre fois il dit : "cela me chauffe dans la tête, je vois trouble, *je vois rouge*". Il avait des accès tant de nuit que de jour, mais les *accès venaient surtout le jour*, il tombait de tous côtés, se faisant des bosses ; il ne se fit jamais de blessures sérieuses.

Au bout d'un an, son intelligence diminua, ainsi que son goût pour le travail. Par contre, il *resta affectueux* comme par le passé ; *raisonnant juste, appréciant le bien et le mal,* « il avait, dit sa mère, tout son moral, mais pas toute son intelligence ».

On le conduisit successivement à la consultation de Broussais, de St-Antoine, où le Dr G. Ballet le traita pendant dix mois. Mais le bromure et les douches, qu'on avait ordonnés, ne produisant pas d'amélioration, et l'intelligence de l'enfant continuant à décroître, les parents se décident à le placer et il entre à Bicêtre le 11 janvier 1901.

État actuel. — L'enfant est un peu maigre, mais *bien conformé;* à ce point de vue, il est au-dessus de la moyenne. Sa physionomie est ouverte, avec un peu d'abattement cependant. — Les *cheveux* châtains sont bien implantés ; il n'y a ni épi, ni cicatrices dans le cuir chevelu. — Le *crâne* est allongé très légèrement plagiocéphale ; les bosses frontales sont nettement dessinées, le front est bas. — Le *visage* est ovale et ne présente ni cicatrices, ni malformations. — Les *yeux* sont normaux, les pupilles réagissent à la lumière et à l'accommodation. — Le *nez* est aquilin. — La *bouche* est un peu grande. Les *lèvres* sont épaisses et sensuelles. — Le *voile* du palais, la *voûte palatine*, la *langue*, les *amygdales* sont normaux. — Le *menton*, rond, est bien dessiné. — Les *oreilles* n'offrent rien de particulier, sauf qu'elles sont volumineuses.

Le *cou* mesure 0m 35 de circonférence ; le *corps thyroïde* est perceptible. — Les *membres supérieurs* et *inférieurs* sont bien musclés et n'offrent rien à signaler. *Pas d'onycophagie* Les *réflexes* sont normaux, peut-être *un peu exagérés*. Le

thorax et l'*abdomen* ne présentent aucune malformation congénitale ou acquise. L'*auscultation* du *cœur* et des *poumons* montre la parfaite intégrité de ces organes. Pas de modification de la *sensibilité*.

A son entrée dans le service, le malade a plutôt une *température* un peu basse (Voir le tableau). Dans ses *urines* ni sucre, ni albumine. — Il pèse 53 kilog., *mesure* 1m 60; et donne au *dynamomètre* une pression de 28 à droite et 23 à gauche.

Organes génitaux et *puberté*. — *Lèvre supérieure*, léger duvet brun; *lèvre inférieure*, *joues*, *menton*, glabres. — *Aisselles*, petite touffe de poils bruns de 2 à 3 centimètres. — Thorax, ventre, fesses, glabres. — *Pénil* abondamment couvert de poils entourant la verge, bruns de 4 à 5 centimètres de longueur. — Verge : 7 centimètres de longueur sur 6 1/2 de circonférence. Les testicules, de la dimension d'un œuf de pigeon, sont descendus dans les bourses. *Périnée*, quelques poils roux. Anus normal. Les bras, les avant-bras, les cuisses et les jambes sont recouverts d'un léger duvet.

Dès les premiers jours de son admission, l'enfant se montra sombre, impressionnable, irascible. Le 16 janvier, cinq jours après son arrivée, il est en proie à une *agitation extraordinaire;* sur une simle observation de l'instituteur il entre en *fureur* et s'empare d'un lourd encrier de faïence pour le jeter à la tête de son maître. Un infirmier lui retient la main, maîtrise ses mouvements et le calme un peu. L'enfant est alors placé dans une cellule sombre et éloignée de tout bruit ; mais à peine la porte est-elle refermée, qu'il brise deux vitres épaisses avec ses sandales et entre de nouveau en fureur ; on doit alors le conduire dans une cellule capitonnée et lui mettre le manchon. Peu à peu sa fureur s'atténua, mais vers cinq du soir (c'est-à-dire deux heures après le début de sa crise) il a un accès; à sept heures nouvel accès ; dans la nuit il n'a pas moins de quinze accès. Vers le matin du 17 janvier le calme revient. L'enfant est alors conduit à l'infirmerie du service, et mis en observation toute spéciale.

Sous l'influence de l'élixir polybromuré dont il prend jusqu'à cinq cuillerées par jour (10 gr.) son état ne tarde pas à s'améliorer, les *crises de violence* et les *accès* s'espacent ; mais l'intelligence s'affaiblit de plus en plus ; la parole devient traînante, le malade entre en déchéance. Il se promène, la partie supérieure penchée en avant et la tête baissée ; il marche à grands pas irréguliers, le jarret tendu, les jambes écartées, la pointe du pied frappant le sol avant la plante. Peu expansif, il ne parle que lorsqu'on lui adresse directement la

parole; ses réponses sont pénibles, lentes à venir, exprimées sur un ton trainant, monotone, avec des syllabes mal articulées. Il mange indifféremment tous les aliments, sans préférence aucune pour l'un ou pour l'autre, et ne témoigne d'appétence que pour le vin. Du reste ses fonctions digestives s'accomplissent dans de bonnes conditions; et le sommeil serait bon si l'enfant ne se livrait la nuit à l'*onanisme*. Ses pratiques sont solitaires, il ne s'est jamais adonné à des attouchements sur d'autres malades. Sa tenue est convenable; malgré sa *déchéance intellectuelle*, il procède à sa toilette assez spontanément; s'habille et se déshabille seul. Mais son caractère se modifie de plus en plus; il est avant tout très variable, tel jour il obéit sans répliquer aux ordres de son maître, tel autre jour il ne se soumet qu'à regret et manifeste son mécontentement par des paroles grossières. Il évite de jouer ou d'échanger une conversation avec ses camarades, supporte une plaisanterie mais ne la rend pas. Enfin il se plaint de céphalée pénible, fréquente, mais très passagère.

Ses accès, très rapprochés pendant le mois de janvier, vont en s'espaçant pendant les mois de février et mars, comme on peut le voir sur le tableau de la page 43; mais les *vertiges* qui n'avaient pas alterné jusqu'ici avec les accès, se montrent à leur tour.

Bientôt l'enfant tombe dans une période de tristesse profonde, dont il ne sort guère qu'en classe où il montre quelque goût pour l'arithmétique et les exercices de mémoire; sorti de classe il redevient taciturne et refuse de participer aux jeux des autres enfants.

Le 23 avril, à cinq heures de l'après-midi, trompant la surveillance de l'entourage il se *suicide*, dans les conditions suivantes : Ce jour-là, l'enfant montra, dès midi, une agitation inaccoutumée, demandant du papier pour écrire à sa mère, échangeant quelques paroles avec l'infirmier de service, et contrairement à ses habitudes jouant à la balle. De temps à autre, il allait à la grille de la cour de récréation, pour y guetter sa mère, qui, disait-il, allait venir lui souhaiter sa fête. A un moment donné, profitant de l'éloignement de l'infirmier, alors à l'autre extrémité de la cour, il enfonça la porte des ateliers. monta précipitamment au premier étage, ouvrit une fenêtre et se jeta dans le vide. Il tomba d'une hauteur de quatre mètres sur la terre battue et resta immobile, étendu sur le dos. Il respirait encore, mais à peine, et son pouls était imperceptible. Instantanément son visage s'était cyanosé

et du sang coulait par sa narine droite. On le porta doucement à l'infirmerie pour lui faire une injection de caféine, la respiration artificielle et les tractions rythmées de la langue : tout fut inutile, il mourut quatre à cinq minutes après l'accident.

Température à l'entrée

	Matin.	Soir.
11 janvier	»	37°,2
12 —	37°,1	37°,3
13 —	37°,2	37°,2
14 —	37°,1	37°,1
15 —	37°,2	37°,2

MESURES DE LA TÊTE.

	1901 Janvier.
Circonférence horizontale maxima	55
— bi-auriculaire	37
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez	36
Diamètre antéro-postérieur maximum	19.5
— bi-auriculaire	14.5
— bi-pariétal	16
— bi-temporal	14.5
Hauteur médiane du front	6

Tableau du Poids et de la Taille

Poids	53 k.
Taille	1m 66.

Température prise dans un accès

	Au moment du romflement.	1/4 d'heure après l'accès.	2 heures après l'accès.
	—	—	—
11 janvier	37°,1	37°,2	37°,4

Tableau des accès et des vertiges.

	1901 Accès.	Vertiges.
Janvier	108	»
Février	14	»
Mars	31	6
Avril	19	6
Total	172	21

Autopsie *pratiquée* le 25 avril à 2 heures de l'après midi, c'est-à-dire 43 heures après le décès. — Tout le *cuir chevelu* est épais ; légère tuméfaction siégeant à la région pariétale droite et recouvrant une *extravasation sanguine* de la grosseur d'une noisette. *Calotte* : os durs, moyennement épais pas de synostose ; très légères adhérences entre la dure-mère et le crâne. *Pas de fracture*, *encéphale* congestionné, sans apparence de rupture vasculaire; l'encéphale enlevé on ne voit pas trace de fracture à la base du crâne.

Base du crâne. Apophyse crista-galli mince et tranchante, les fosses *cérébrales* et *cérébelleuses* sont normales et symétriques ; le *trou occipital* n'offre rien de particulier : pas de trace de fracture sur son pourtour.

Rachis. L'arc antérieur de l'atlas est fracturé un peu à droite du tubercule médian antérieur; le *trait de fracture* ne se retrouve pas à gauche; pas de déplacement. La partie antérieure de l'axis a été détachée par deux traits de fracture l'un à un centimètre et demi à droite du plan médian, l'autre à gauche, mais tout près de la base de l'apophyse odontoïde. Les moyens de fixité de l'odontoïde à l'atlas ont été brisés, et l'apophyse odontoïde reportée en arrière et en haut sans s'incliner à droite ou à gauche. Le *bulbe a été écrasé* entre la face postérieure de l'apophyse odontoïde mobilisée en arrière et la face antérieure de l'arc postérieur de l'atlas et de l'axis. — La partie postérieure de l'axis est en outre inclinée en bas et en avant, en sens inverse du fragment antérieur.

Hémisphère droit. La décortication se fait bien, les circonvolutions sont très sinueuses, bien développées. — La frontale ascendante est volumineuse la pariétale est relativement un peu maigre.

Les plis pariétaux, le lobe occipital, le lobe temporal offrent

des circonvolutions bien nourries avec de nombreux plis de passage.

Des deux côtés, la *couche* optique, le corps strié, le ventricule latéral sont normaux. — Corps calleux volumineux.

De nombreuses coupes pratiquées sur l'hémisphère ne font découvrir aucun foyer hémorragique.

L'autre hémisphère, conservé pour examen histologique, paraît macroscopiquement bien développé.

Cou. — *Corps thyroïde* normal, gros. — *Thymus* encore assez volumineux.

Thorax. — Rien à noter aux *poumons ;* les *plèvres* sont saines et ne présentent pas de traces d'inflammation ancienne ou récente. — Le *cœur* est mou et gras ; la face antérieure de l'*épicarde* présente plusieurs petites taches laiteuses. Le *myocarde,* les valvules sont sains. — Le *trou de Botal* est oblitéré. A la face profonde de la crosse de l'aorte, on note quelques plaques d'aortite, qui descendent jusqu'à un centimètre au-dessus de l'appareil sigmoïdien de l'orifice aortique.

Abdomen. — Le *foie,* très volumineux, possède un lobe gauche extrêmement développé qui s'avance dans l'hypochondre gauche jusqu'à la rate ; il est normal et sa coupe ne montre aucune lésion macroscopique. — L'*estomac* et les *intestins*, très distendus par les gaz, sont normaux. — La *rate*, très volumineuse, est crénelée sur son bord antérieur ; son bord postérieur présente aussi quelques traces de lobulation; sa consistance et son aspect sont normaux. — Les *reins* sont très congestionnés, volumineux et lourds. Ils se décortiquent sans difficulté, la coupe ne montre que leur état d'hypérémie.

Le *cœcum* et l'*appendice* sont assez particuliers pour mériter une description. Le cœcum très dilaté, ne contient ni vers intestinaux, ni corps étrangers ; l'iléon s'y abouche normalement ; l'*appendice vermiculaire semble manquer.* En soulevant le fond du cœcum pour renverser en haut cet organe et rechercher si l'appendice est en situation postérieure, on est arrêté par un méso très court limitant le renversement ; il n'y a pour ainsi dire pas de fossette rétro-cœcale. Après avoir désinséré la racine du mésocolon ascendant et découvert la face postérieure du cœcum, on voit enfin l'*appendice*. Il est énorme. Il prend naissance à la

face postérieure du cœcum, à 3 cent. du fond de l'organe, décrit une courbe ouverte en dehors, longe ainsi le bord postéro- interne du colon ascendant et se termine à un cent. au-dessous du pôle inférieur du rein, sans prendre connexion avec cet organe. Sur toute sa longueur il est accolé et adhérent au cœcum, sauf son dernier centimètre qui est libre. Sa longueur est de VINGT CENTIMÈTRES. A l'origine, il est plat et mesure 8 millimètres de diamètre ; vers sa partie moyenne il est cylindrique et mesure 12 millimètres de diamètre. Ses dix derniers centimètres sont régulièrement calibrés et ne mesurent plus que 6 millimètres de diamètre. Cet appendice ne contient aucun corps étranger et ne présente aucune trace d'inflammation ancienne ou récente.

Poids des organes.

Encéphale	1.590 grs.
Cerveau	Non pesés par erreur.
Hémisphère cérébral droit	
— — gauche	
Hémisphère cérébelleux droit	
— — gauche	
Bulbe et protubérance	
Cervelet et isthme	
Liquide cépalo-rachidien	petite quantité.
Moelle épinière	48 gr.
Corps thyroïde	18
Thymus	7
Cœur	165
Poumon droit	540
— gauche	450
Foie	1.850
Rate	250
Rein droit	170
— gauche	180
Pancréas	»

RÉFLEXIONS. — I. Cette observation nous semble intéressante à plusieurs points de vue. Il s'agit d'une forme d'*épilepsie à allure rapide* dont les traits saillants peuvent se résumer ainsi : *Rôle très net d'une frayeur vive* dans l'éclosion de l'épilepsie à treize ans, chez un *sujet prédisposé (ivresse pendant la conception, mouvements violents du fœtus au 5e mois.)* ; — *Marche progressive et très accélérée* des accidents épileptiques. *La sphère intellectuelle est*

touchée la première, et tout d'abord, elle seule est touchée; sous l'influence d'accès d'abord espacés, puis répétés, puis sériés, l'intelligence baisse; mais le moral n'a encore subi aucune modification.

Alors surviennent des vertiges qui alternent avec les accès; en quinze jours l'enfant n'a pas moins de 108 accès; à ce moment son caractère change: d'affectueux il devient sournois, hargneux, il a des *crises de violence*; son intelligence baisse de plus en plus, la déchéance s'accentue avec rapidité; *la sphère morale* se prend à son tour : *l'enfant se suicide,* deux ans après son premier accès. — L'*hérédité*, dans ce cas est peu chargée.

II. Les autres particularités, dignes de remarque, nous ont été révélées par l'autopsie. Nous notons l'*extrême rareté des fractures de l'atlas et de l'axis,* qui nécessitent pour se produire une chute sur l'occiput, rarement réalisée en dehors des conditions expérimentales. Dans notre cas, la mort a été immédiate et due à la compression du bulbe par l'apophyse odontoïde détachée, phénomène semblable à celui qui se produit dans certains cas de pendaison.

III. Nous avons été frappé par le *développement extraordinaire des appareils glandulaires du sujet et par les caractères fœtaux que ses grosses glandes avaient conservé.* Son foie pèse 1850 gr., et le lobe gauche y est prédominant. Sa rate pèse 250 gr., et ses bords crénelés, attestent la lobulation primitive de l'organe. Le corps thyroïde est volumineux et pèse 18 gr., ce qui est au-dessus de la moyenne pour un enfant de quinze ans; le thymus n'a pas encore subi de régression; les reins pèsent respectivement 170 et 180 gr.

IV. Enfin, signalons la *longueur extraordinaire de*

l'appendice iléo-cœcal. Quoiqu'on en ait signalé de plus longs encore (Lannelongue, 22 centimètres, Cruveilhier, 23 centimètres) il n'en demeure pas moins qu'un appendice de 20 cent. est exceptionnel. Exceptionnel aussi est son siège en situation postérieure, intérieurement appliqué contre la paroi colique. Enfin il est très rare de voir l'appendice se détacher de la paroi postérieure du cœcum : généralement les appendices postérieurs sont tout au moins internes à leur origine. S'il est exact que la situation rétrocolique de l'appendice prédispose à l'appendicite, comme l'écrivent des auteurs récents, nous pouvons, pièce en main, conclure à la gravité de cette forme ; la situation de l'appendice, la brièveté du mésocolon ascendant sont toutes conditions défavorables à la recherche de l'appendice, et même à la découverte d'un foyer périappendiculaire de suppuration.

V.

Action de l'alcoolisme sur la production de l'idiotie et de l'épilepsie ;

PAR **BOURNEVILLE.**

> Les médecins disent, quand on est ivre,
> Que de sa femme on se doit abstenir
> Et que, dans cet état, il ne peut provenir
> Que des enfants sourds et qui ne sauraient vivre.
>
> (MOLIÈRE : l'*Amphytrion*.)

Aux 2.554 cas relevés dans notre statistique de 1900, complétant et résumant nos statistiques antérieurs, nous ajouterons les 156 entrées de 1901 (108 garçons et 48 filles) et les 136 entrées de 1902 (89 garçons et 47 filles), soit un total de 2.846.

Le tableau suivant résume la situation des pères et mères de tous ces enfants sous le rapport des *excès alcooliques* et permet d'avoir, d'un coup d'œil, une idée exacte du rôle considérable que joue l'*alcoolisme* dans la *production de l'idotie et de l'épilepsie.*

Tableau statistique sur l'alcoolisme.

	GARÇONS.	FILLES.	TOTAUX.	
Les pères de........	847	180	1.027	faisaient des excès de boisson.
Les mères de........	71	15	86	—
Les pères et mères de....................	34	11	45	—
Pour	383	131	514	nous n'avons pas de renseignements.
Les pères et mères de....................	958	261	1.219	étaient sobres.
TOTAUX	2.293	598	2.891	

En outre, la *conception durant l'ivresse* du père a été relevée chez 257 malades et la conception probable chez 104 malades ; soit si nous comptons ces derniers, 12,4 0/0 d'enfants conçues dans l'ivresse, non compris les 514 sur lesquels nous n'avons aucun renseignement et 733 sur lesquels nous n'avons pas de renseignements précis sur la conception. Le pourcentage dans ces diverses catégories nous fournit les chiffres suivants :

35,5 0/0 des pères font des excès de boisson.
2,9 0/0 des mères —
1,5 0/0 des pères et mères —

Soit 40 0/0 des parents faisant des excès de boisson et 42,1 0/0 de parents sobres. Ces chiffres, par leur triste éloquence, montrent nettement l'action néfaste de l'alcoolisme.

Nous terminerons cette statistique en rappelant ce que nous disions en 1900, à savoir que chaque fois que nous voyons les mères de nos malades, mariées

à des *alcooliques,* soit pour compléter les renseignements héréditaires, soit pour tout autre motif, nous appuyant sur l'histoire même de leurs enfants, nous leur recommandons d'éviter tout rapport sexuel avec leur mari en état d'ivresse. Il en est qui comprennent l'importance de nos conseils et agissent en conséquence..., quand cela est possible. Trop souvent les malheureuses cèdent sous la menace des coups, ou sous les coups mêmes.

La lutte contre l'alcoolisme.

Des vœux tendant à la réglementation ou à la suppression des bouilleurs de cru ont été votés dans un certain nombre de départements, notamment le Pas-de-Calais, les Vosges, la Haute-Loire, la Somme, etc. Divers journaux ont prêté à M. Combes l'intention de se préoccuper de cette grave question et à M. Rouvier de proposer la suppresion de ce privilège. En le faisant, ils rendront au pays un service de premier ordre.

Ainsi que nous l'avons dit souvent, le privilège des bouilleurs de cru est l'une des causes les plus sérieuses de l'appauvrissement de la race, de sa dégénérescence, et de l'accroissement de la folie. Malheureusement, il est fort à craindre que l'intérêt électoral ne l'emporte encore longtemps sur l'intérêt de la santé publique.

C'est à tous ceux qui en ont le souci de combattre énergiquement, non pas pour *l'abstinence complète,* qui est un leurre et un non-sens dans un pays, comme la France, si riche en vignobles, mais *contre l'abus* des boissons alcooliques.

Les médecins ne sont plus les seuls à faire campagne. En effet, dans une très habile réponse à M. Jules Soury, M. Eugène Fournière rappelle à la fois son rôle et celui du parti socialiste dans la lutte *contre l'alcoolisme :*

« En votant l'augmentation des droits sur l'alcool, je n'ai pas été seulement fidèle à ma conscience, aux principes de

la moralité générale, j'ai encore obéi au vœu formellement exprimé par le parti auquel j'appartiens, écrit-il dans la *Revue socialiste* d'août 1902.

« Oui, M. Soury, « les troupeaux socialistes et collectivistes de la porcherie contemporaine » ont poussé l'absence d'idéalisme jusqu'à voter, à l'unanimité des 662 délégués, représentant environ quatorze cents groupes socialistes, l'ordre du jour que voici : « *Le Congrès, considérant que l'alcoolisme est un des plus puissants facteurs de l'asservissement moral et économique du prolétariat, émet le vœu que les militants socialistes le combattent de toutes leurs forces, en attendant qu'un prochain Congrès prenne contre ce fléau des dispositions d'ensemble* ». Me faut-il aussi vous apprendre, Monsieur, que les socialistes belges proscrivent l'alcool de la Maison du Peuple et de leurs coopératives, et ajouter que je connais quelques-unes de nos coopératives parisiennes, notamment dans les treizième et quinzième arrondissements, qui ont suivi cet exemple salutaire ? Puisque le nationalisme existe à l'état de parti, où sont ses actes dans ce sens, qui est celui de la santé et de la moralité publiques ? Vous ne pourriez pas en citer un seul. »

Si tous ceux qui ont voté le vœu qui précède s'y conforment et font une active propagande contre l'alcoolisme, d'heureux résultats ne tarderont pas à se produire. Pour cela, il faut donner soi-même l'exemple, agir sans relâche et mieux que quiconque le Congrès socialiste est en mesure de le faire. B.

VI.

Idiotie complète avec diplégie plus marquée à gauche, symptomatique de sclérose atrophique prédominant dans l'hémisphère droit (circonvolutions et lobule de l'insula);

Par **BOURNEVILLE** et **LEMAIRE**.

SOMMAIRE. — *Père, syndactylie, — Grand-père paternel, alcoolisme. — Grand'mère paternelle, tics. — Grand'tante paternelle, chorée dans l'enfance, puis affection mentale.* (idées de suicide). — *Grand'oncle paternel, affection mentale. — Mère, symptômes nerveux au cours d'une fièvre typhoïde. — Grand-père maternel : syndactylie. — Grand' mère maternelle, migraines constantes.*

Conception et grossesse, rien de particulier. — Accouchement long. Asphyxie à la naissance. — Accès de cris. Convulsions au dizième jour. — Accidents épileptiformes à 11 mois. — Paralysie spasmodique prédominant du côté gauche.

Mort par tuberculose pulmonaire succédant à une rougeole; pyopneumothorax.

AUTOPSIE. — *Asymétrie du crâne. — Persistance des sutures. — Sclérose atrophique formant un foyer occupant la partie moyenne du lobe frontal et la pariétale ascendante, à gauche. — Sclérose atrophique des circonvolutions plus étendue à droite et intéressant le lobule de l'insula tout entier. — Tuberculose pulmonaire avec pyopneumothorax. Persistance du trou de Botal. — Ectopie testiculaire gauche.*

Joha... (Edmond), né à la Machine (Vienne), le 11 janvier 1898, est entré dans le service le 3 avril 1901.

Antécédents héréditaires. — (*Renseignements fournis le 17 avril 1901 par sa mère*). — PÈRE, 28 ans, rabatteur en fer, travaille dans une fabrique de rails de tramway. Pas de convulsions, bonne santé dans le jeune âge. Pas de rhumatismes, ni de chorée, ni de fièvre typhoïde, ni de migraines. Pas de maladies vénériennes. Pas d'éthylisme, boit un litre de vin par jour. Caractère doux et affectueux. Le père est *syndactyle* : il a les 2ᵉ et 3ᵉ orteils des pieds *collés*. On ne peut les écarter. Il n'y aurait pas de palmature.

FAMILLE DU PÈRE. — *Père*, mort à 91 ans, éthylisme (eau de vie). Aucun accident nerveux. — *Mère*, 75 ans, a eu un *tic* qui consistait en un relèvement brusque du bras gauche. Caractère calme, sobre. Elle a eu le père du petit malade alors qu'elle était déjà un peu âgée, elle avait 42 ans et son mari 57. — Aucun renseignement sur les grands parents. — Oncles et tantes paternels et maternels, nul détail. On ne sait si leurs enfants ont eu des convulsions ou des affections nerveuses. — Deux sœurs : l'une, 45 ans, pas nerveuse ; a eu 9 enfants dont 3 ou 4 sont morts en bas-âge, on ne sait de quoi. Les survivants sont normaux. La seconde sœur, 43 ans, s'est mariée à 17 ans et a eu la *chorée* peu après son mariage. Elle est d'un caractère irritable, jaloux, envieux, ombrageux. Elle a maintenant une *affection mentale*, consistant en idées noires, idées de suicide : elle veut se jeter par la fenêtre. Cet état s'aggrave, elle ne peut plus travailler. Elle a eu 2 enfants qui sont bien portants et n'ont jamais eu de convulsions. *Dans le reste de la famille du père*, on ne signale aucune autre tare morale, intellectuelle et physique, aucun autre cas de dégénérescence.

MÈRE, 28 ans, ménagère, sobre. Pas de convulsions ; fièvre typhoïde grave à 12 ans, avec délire pendant plusieurs jours Pas d'affections cutanées, ni de migraines. Caractère doux, *excellent ménage*.

FAMILLE DE LA MÈRE. — *Père*, 70 ans, bien portant, pas d'éthylisme, *genu-valgum*, *syndactylie* : 3 orteils médians des deux pieds collés. — *Mère*, 48 ans, bien portante. *Migraineuse*, elle est obligée de se coucher à chaque migraine. Pas de convulsions dans l'enfance. Aucune maladie infectieuse.

— *Grand-père et grand'mère paternels,* morts jeunes. — *Grand-père maternel,* mort à 75 ans, pas de tare nerveuse. — *Grand'mère maternelle,* morte à 52 ans d'un *cancer* abdominal, nerveuse, irritable. Cinq oncles et une tante paternels, un oncle avec 4 enfants bien portants. — Un *oncle* et une *tante maternels* en bonne santé. — Trois *frères*, vivants, n'ont pas eu de convulsions. — *Dans le reste de la famille de la mère*, pas d'autres tares physiques morales et intellectuelles, notamment pas d'autres exemples de malformation que ceux déjà cités.

Pas de consanguinité. — Égalité d'âge des parents.

Notre malade. — Enfant unique. — *Conception, grossesse,* rien à signaler. La mère supporte très bien la gestation même pendant les périodes ultimes. Mouvements indolents du fœtus ressentis à 4-5 mois.

Accouchement à terme, présentation du sommet. — Durée du travail, 10 heures. *Asphyxie bleue* pendant 10 à 15 minutes et immobilité absolue (frictions énergiques). L'enfant se met alors à crier et à respirer. Il crie de 10 h. du soir jusqu'au lendemain 7 h. sans discontinuer. La mère essaie de lui donner le sein, il ne le prend pas.

Quand l'enfant a eu cessé de crier, il est tombé dans une sorte de torpeur qui a duré 8 à 10 jours. Premières *convulsions* le 10e jour, elles ont continué 3 jours. Les yeux se convulsaient en haut. Le bras gauche se contracturait dans la 1/2 flexion et se levait avec secousses. Le bras droit était immobile. Comme l'enfant était emmailloté on ne peut rien dire sur ses membres inférieurs. Pendant cette période de convulsions, l'enfant ne put prendre le sein : les lèvres ne pouvaient se rapprocher. Après les convulsions les mouvements auraient été sinon abolis du moins diminués dans les membres gauches. Un mois ou deux après, on note de la raideur des membres, raideur prédominant à gauche. Main dans la flexion, flexion qui va toujours croissant. La tête se met en extension et s'incline sur la gauche.

A 11 mois, à l'apparition des premières dents, l'enfant ne cesse de crier nuit et jour. A cette époque également, l'enfant est pris d'une série de *crises* : Il devenait violacé, semblait sur le point de mourir, ne faisait aucun mouvement. Au bout de trois minutes, il devenait rouge, puis quelques minutes après il redevenait normal. La mère a remarqué qu'à la fin de la crise, l'enfant avait les mêmes secousses musculaires qu'il avait présentées autrefois (extension et inclinaison de la

tête sur la gauche, mouvements de flexion de la main). Ces crises ont été au nombre de six, réparties sur trois jours. La raideur des membres de l'enfant va toujours augmentant. La tête reste constamment un peu inclinée sur la gauche, la main et l'avant-bras dans une légère flexion, la cuisse dans une légère flexion sur le bassin, la jambe dans une légère flexion sur la cuisse.

Première dent à 11 mois, dentition complète à 3 ans. — *Parole* et *marche* nulles. — L'enfant n'a jamais eu d'accès de colère. Il a grincé momentanément des dents. Pas d'onanisme, pas de krouomanie.

Digestion. Préhension et mastication nulles, occlusion de la bouche incomplète. Bave abondante. L'enfant tette en mangeant. Ne suce ni ses doigts, ni son linge. — Ni rumination, ni vomissements, selles régulières, gâtisme nuit et jour. Helminthiase.

Sensibilité générale. — Sensible à la douleur, ne semble pas avoir de notion du froid ou du chaud.

Vue : Regard vague et hébété, a du strabisme. — *Odorat* : Ne flaire pas ses aliments. — *Goût* : nul. — *Audition* : L'enfant n'est pas sourd mais ne prête aucune attention aux bruits et sons émis à côté de lui.

Sentiments affectifs : nuls. Ne reconnaît pas son père. Sa mère dit que son enfant la reconnaissait. Il paraît être heureux d'être caressé. — Ni étourdissements, ni vertiges, ni tremblements. — *Sommeil* normal. — Aucune manifestation intellectuelle.

L'enfant n'a eu aucune maladie infectieuse, aucune fièvre éruptive. Il n'a présenté aucun accident scrofuleux.

Les parents ne savent à quelle cause attribuer la maladie.

Examen de l'enfant. — *État général* médiocre : enfant maigre et pâle. *Physionomie* : air hébété. *Peau* : ni éruption, ni nævi.

Tête : cheveux châtain foncé, tourbillon, deux épis. — Plagiocéphalie. Fontanelles soudées. Front bas et triangulaire à sommet supérieur.

Visage piriforme. Arcades sourcillières peu proéminentes. Pas de blépharite, cils fournis. Fentes palpébrales grandes. Orbites peu grandes.

Yeux, strabisme convergent. Mobilité des yeux assez grande. Iris brun et de couleur uniforme. Pupilles, réflexes à l'accommodation et à la lumière normaux.

L'examen fonctionnel de la vision n'a pu être fait : l'enfant

étant idiot. — *Nez* petit aquilin, effilé. Lobules échancrés. Narines ouvertes. — *Pommettes* saillantes, joues volumineuses. *Bouche* : de direction et de forme normales. — Lèvre inférieure un peu plus volumineuse que la supérieure. — *Palais* : voûte et voile de forme un peu ogivale.

Dents peu développées, petites, très espacées les unes des autres. Les 20 dents de lait sont parties. — *Menton*, en retrait. *Langue* normale.

Amygdales, Luette, Pharynx : rien à signaler. *Goût ? Fonctions* : l'enfant ne mastique pas mais tette. Il n'avale très difficilement que de la soupe. Ni vomissement, ni rumination, ni constipation. Gâtisme nuit et jour.

Oreilles, grandes, 4 centimètres 1/2 de haut sur 4 cent. de large. Hélix assez large et bien ourlé dans son tiers supérieur, à peine ourlée dans ses deux tiers inférieurs. L'anthélix est assez saillant. Tragus et anti-tragus plutôt petits. Incisure de la conque très large et très courte. — Lobule à peu près nul. Les oreilles sont assez fortement obliques en arrière, larges en haut rappelant un peu les oreilles de la chauve-souris.

Thorax régulier ; respiration abdominale. — *Cœur* normal, ainsi que tous les organes abdominaux.

Organes génitaux. — État glabre de toutes les régions. *Verge* : 3 cent. de longueur sur 4 de circonférence. Phimosis. Testicule gauche, gros comme un haricot. Testicule droit, dans l'anneau ; on arrive à le faire descendre, il est un peu plus petit.

Traitement : Sirop de fer, douche ; huile de foie de morue. Exercices de la marche et des jointures.

Température à l'entrée.

		Matin.	Soir.
4 avril................	1er jour.....	»	37°
5 —	2e —	37°,2	37°,2
6 —	3e —	37°,1	37°,1
7 —	4e —	37°,2	37°,3
8 —	5e —	87°,1	37°,2

1901. *Juillet*. — L'enfant n'a fait aucun progrès.

Membres supérieurs. — La forme, le volume des membres supérieurs paraissent normaux. Les membres ne sont pas atteints de paralysie flasque mais ils sont légèrement *contracturés*. Les avant-bras sont constamment en flexion d'environ 120° sur les bras ; l'avant-bras est en demi-pronation

Les doigts sont légèrement fléchis. Les mouvements provoqués de flexion dans les articulations du membre supérieur sont possibles complétement. Ceux d'extension sont incomplets. Les articulations du membre supérieur au palper ne présentent rien d'anormal. La forme, la longueur des doigts, des mains, des ongles est régulière ; pas d'onychophagie. La préhension est nulle.

Membres inférieurs. Forme et volume normaux. Cuisse *fléchie* sur le bassin, jambe *fléchie* sur la cuisse, le pied est en position normale sur la jambe. Orteils, voûte plantaire



Fig. 2. — Johan.. à 7 ans (1901).

normaux. Mouvements volontaires à peu près nuls, provoqués faciles dans la flexion, difficiles dans l'extension. Réflexes patellaires et plantaires exagérés. L'exagération est surtout marquée à gauche. L'enfant est incapable de se tenir debout. Quand on l'asseoit, son corps tout entier forme une courbe à concavité gauche. Couché, cette attitude est moins marquée. L'enfant a beaucoup de peine à se tenir droit dans le chariot. — Aucune malformation congénitale (*Fig.* 2).

3 *décembre*. Abcès du cou, incision, pansement boriqué.

1902. 23 *février*. — Rougeole : l'enfant est envoyé à l'isolement. Sorti le 25 mars.

17 *mai*. — L'enfant est amené à l'infirmerie. Amaigrissement considérable, toux. Dyspnée. Diarrhée qui disparait rapidement. Les poumons sont remplis de gros râles ronflants et sous-crépitants. T. R. 38°.

Les jours suivants, du 18 au 24, la percussion thoracique dénote de la matité au sommet droit et dans la fosse sous-épineuse droite ; matité également au niveau des régions qui correspondent aux deux pédicules bronchiques. La sonorité est peu modifiée à gauche. Les signes d'auscultation sont les mêmes que le premier jour.

24 *mai*. — Dyspnée, cyanose, signes physiques plus prononcés, râles ronflants et sous-crépitants dans les deux poumons. Traitement, 4 bains sinapisés par jour. — 25 et 26, même état.

26. *Soir* : cyanose intense. Dyspnée. *Toux sèche* qui se produit quand on déplace le petit malade. Signes physiques : sonorité exagérée dans tout le poumon droit. Diminution de l'ampliation thoracique du côté droit. Abolition des vibrations. Suppression du murmure respiratoire. *Bruits amphoriques*, bruit d'airain, respiration amphorique. Pouls 120. Trait. : oxygène, cataplasmes sinapisés, etc.

Le 27. Mêmes signes physiques et mêmes signes fonctionnels. Pouls 130. Même traitement. — Mort à 6 heures. *Poids* après la mort 8 kgr.

Mesures de la tête.

	1901		1902	
	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.
Circonférence horizontale maxima	435	435	435	»
Demi-circonférence bi-auriculaire	30	30	30	»
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez	325	325	325	»
Diamètre antéro-postérieur maximum	17	17	17	»
— bi-auriculaire	115	115	115	»
— bi-pariétal	13	13	13	»
— bi-temporal	105	105	105	»
Hauteur médiane du front	55	55	55	»

Poids et Taille.

	1901		1902	
	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.
Poids	12 k. 5	12 k. 6	10 k. 5	»
Taille	0m 96	0m 96	0m 96	»
Dynamomètre D	»	»	»	»
Dynamomètre G	»	»	»	»

Température après la mort.

Température aussitôt après la mort	....	39°,5
1/4 d'h. —	....	39°
1 h. —	....	38°
2 h. —	....	37°,5
3 h. —	....	36°
4 h. —	....	35°,5
7 h. —	....	34°
10 h. —	....	25°
13 h. —	....	20°
16 h. —	....	17°
Température de la chambre	....	17°

Autopsie *faite le* 29 *mai à* 9 *heures du matin,* soit 39 heures après la mort.

TÊTE. *Cuir chevelu* maigre, pâle. — *Crâne* un peu ovoïde, très asymétrique. Bosses frontales peu développées, presque planes. La partie gauche du frontal est cependant nettement plus développée que la partie droite. La partie gauche de la suture coronale a plus de développement que la partie droite. Sur la face externe du frontal, on ne constate aucune trace de la suture médio-frontale. La face interne du frontal présente un sillon médian creusé par le sinus longitudinal supérieur. De part et d'autre du sillon l'on constate la même asymétrie. — Les saillies ou éminences mamillaires sont plus nombreuses qu'à gauche et sont plus épaisses. — Donc asymétrie nette des deux portions du frontal.

Pariétaux. Droit. Face ext.. Bosse pariétale bien développée, très saillante. A 0m 02 en dehors de la suture inter-pariétale et à 0m 04 de la suture occipito-pariétale, on trouve un trou nourricier qui se dirige en dehors. Absence du trou

pariétal. — *Face interne* rien d'anormal. Les sillons de la méningée moyenne sont bien marqués. Trous nourriciers nombreux. — *Face externe gauche*. La bosse pariétale est moins saillante que la droite bien que les deux pariétaux semblent être d'égale superficie. Le trou pariétal, normal, est remplacé par deux petits pertuis, fins comme la pointe d'une aiguille qui traversent la paroi cranienne très près de la suture inter-pariétale, à égale distance de la suture coronale et de la suture lambdoïde. — *Face interne gauche* : sillons de la méningée moyenne et trous nourriciers moins nombreux que du côté opposé. Vus par transparence, les deux pariétaux sont opaques, sauf dans la région des sutures. On constate de part et d'autre de la suture interpariétale deux taches claires de tissu compact sans interposition de tissu spongieux, taches répondant au 1/3 antérieur de la suture en question.

Écaille de l'occipital. Face externe. La bosse occipitale gauche est plus saillante que la bosse occipitale droite. — *Face interne*. La fosse occipitale gauche est plus profonde que la droite. La crête interne de l'occipital forme une courbe trés prononcée à concavité gauche. La partie gauche de l'occipital est plus développée que la partie droite. Pas de transparence ; l'occipital est à peu près uniformément opaque.

Sutures. Les sutures normales existent. Il n'y a pas de synostose. Les sutures, bien dentelées, en particulier la suture lambdoïde, ne présentent aucun os wormien.

La partie droite de la suture coronale est plus développée que la partie gauche. La partie gauche de la suture lambdoïde est plus développée que la partie droite. Le *vertex* se trouve sur la suture interpariétale à égale distance du bregma et du lambda.

Base du crâne. La base du crâne semble normale. Les différentes fosses sont régulières ainsi que le trou occipital. L'apophyse crista-galli est arrondie et épaisse.

Dure-mère épaisse. Adhérences de la dure-mère à la pie-mère au niveau des lobes pariétaux et des faces internes des lobes orbitaires. — Pas de tubercules miliaires. — Le sinus longitudinal est gorgé de sang. — La *glande pituitaire* est petite et pâle. — Les *nerfs crâniens*, les *artères* de la base, les tubercules mamillaires sont symétriques. — Le *bulbe* et la *protubérance* sont réguliers. Les olives paraissent égales. Les pyramides antérieures sont aplaties et offrent une sorte de petite gouttière ; pas de modification sensible de la couleur. — La *glande pinéale* n'offre rien de particulier.



Fig. 3.

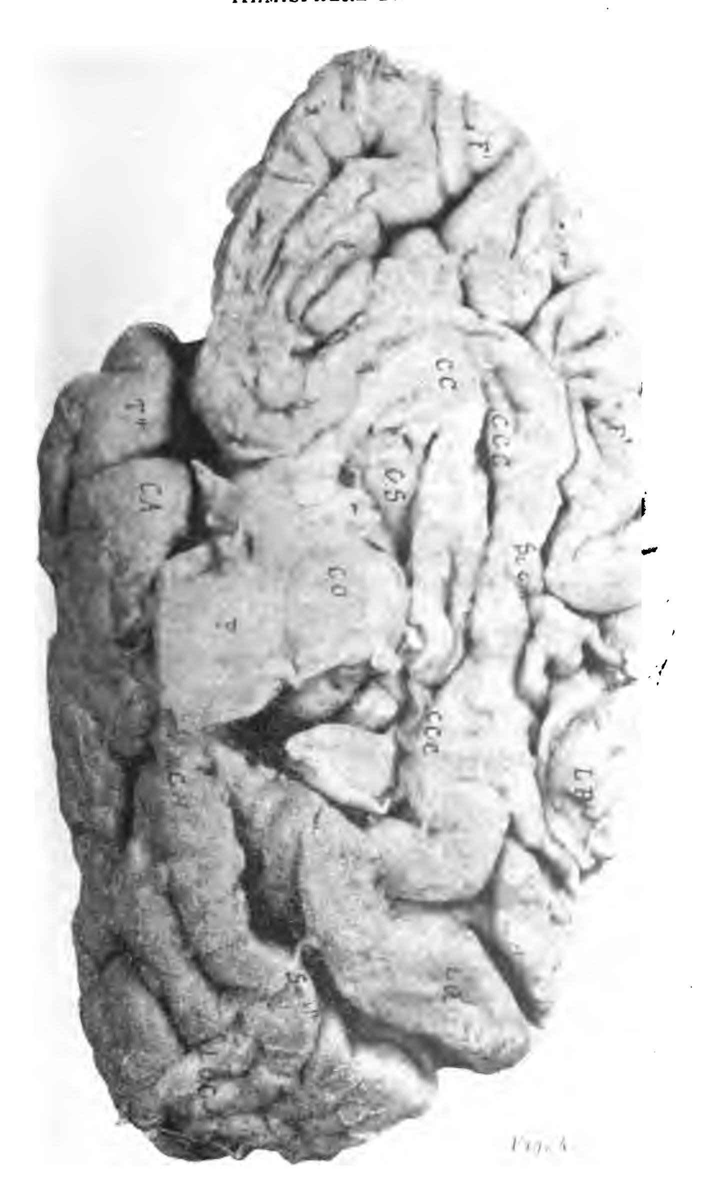


Fig. 4.

Cerveau. — HÉMISPHÈRE GAUCHE. 1° *Face interne :* La pie-mère est un peu vascularisée dans la région pariétale. Les veines sont gorgées de sang. — Au palper foyer d'induration répondant à la racine de F^2 et F^3.

Après décortication, ce qui frappe, c'est l'*atrophie* des circonvolutions périsylviennes et périrolandiques. La *scissure de Sylvius* est normale comme longueur et comme direction; elle n'est pas fermée à la partie antérieure mais fortement entrebaillée, ce qui permet de voir la partie antérieure du lobule de l'insula. Cet écartement est dû à l'*atrophie de la moitié antérieure de la circonvolution d'enceinte de Sylvius.*

Le *sillon de Rolando* est normal comme direction et comme coudure. — Le *sillon inter-pariétal* ne présente rien à signaler ; il en est de même des sillons temporaux et temporo-occipitaux. — La scissure perpendiculaire externe est très prononcée.

Lobe frontal. Il est coupé à sa partie moyenne, par un *foyer de sclérose atrophique,* depuis son bord supérieur jusques et y compris le bord inférieur de F^3. L'*atrophie* s'étend sur F^3 en arrière et sur le cinquième inférieur de FA. La sclérose intéresse également PA dans toute sa hauteur. Cette circonvolution est presque lamelliforme. L'opercule rolandique est mince et atrophié. La région sclérosée comprend deux parties verticales réunies par une partie horizontale. Entre elles se trouvent, en apparence à peu près saines, l'extrémité postérieure de F^1 et F^2 et les 4/5 supérieurs de FA. — Les portions scléreuses des trois circonvolutions frontales sont *en retrait* par rapport aux parties environnantes, saines. — En ce qui concerne PA, l'atrophie porte sur son épaisseur et non sur sa hauteur, car elle est de niveau avec les régions voisines. — L'extrémité antérieure des trois circonvolutions du lobe frontal ne présente pas de sclérose mais un *arrêt de développement.* — Le *lobule de l'insula* a quatre digitations ; ses deux digitations antérieures sont bien développées et davantage que les postérieures. Il reçoit un petit pli de passage de T^1, circonvolution très grêle mais ne paraissant pas scléreuse.

Lobe pariétal. — Nous avons signalé la sclérose atrophique très prononcée de la pariétale ascendante. Les pariétales supérieure, P^1, et inférieure, P^2, sont très incisées et semblent normales ainsi que le *lobule du pli courbe.*

Lobe temporal. — Nous avons noté déjà un *arrêt de développement* de T^1 qui prédommine dans les deux tiers postérieurs. Les autres circonvolutions temporales, sur les

deux faces, sont assez bien développées, plus que les circonvolutions des autres lobes, arrêtées dans leur développement.

Lobe occipital. Circonvolutions très grêles sur ses deux faces.

2° *Face interne.* — On y retrouve la *sclérose atrophique* de la partie moyenne de F^1. La partie moyenne et postérieure de la circonvolution du corps calleux est arrêtée dans son développement. — La sclérose atrophique de l'extrémité supérieure de PA se prolonge sur le *lobe paracentral* qui est *sclérosé* et *atrophié* dans sa moitié postérieure. Tandis que la *scissure calloso-maaginale* est peu profonde, la *scissure perpendiculaire externe* l'est à un degré prononcé.

Le *lobe quadrilatère* est très volumineux. Le *coin* est assez gros.

Le *corps calleux* est un peu épais atrophié même, a l'aspect gauffré dans sa partie moyenne. Le *ventricule latéral,* le *corps strié*, la *couche optique,* la *corne d'Ammon* paraissent sains. — Le *lobe orbitaire* n'offre rien d'anormal dans ses circonvolutions et ses sillons.

HÉMISPHÈRE DROIT. — *Face externe.* — Vascularisation prononcée de la *pie-mère* sur les lobes pariétaux et occipitaux, sans engorgement veineux. La *sclérose atrophique vermicellée* a une distribution analogue à celle de l'hémisphère gauche, mais, en outre, s'étend à d'autres circonvolutions. Elle intéresse l'extrémité postérieure de F^2, le pied de FA, toute la pariétale ascendante, la partie inférieure et antérieure de P^2, tout le pli pariétal supérieur, P^1, les deux tiers postérieurs de la première temporale, T^1, jusqu'au prolongement du pli courbe, P C, la partie moyenne de la deuxième temporale, T^2. Le sillon de Rolando, un peu entr'ouvert, n'est interrompu par aucun pli de passage.

La *scissure de Sylvius* est encore plus béante que sur l'autre hémisphère. Elle laisse voir une grande partie du *lobule de l'insula.* Ce lobule est sclérosé, d'aspect vitreux, aplati, très dur et presque sans trace de digitations. Les circonvolutions voisines des circonvolutions sclérosées sont arrêtées dans leur développement, les autres ne paraissent avoir rien de particulier. — Le *pli temporo-pariétal, to,* est sclérosé et atrophié à un degré prononcé mais non vermicellé (*Fig.* 3).

Face interne. — La première circonvolution frontale, F^1, paraît saine dans toute sa longueur sauf une très petite par-

tie correspondant à l'extrémité supérieure de la sclérose de la face externe. La *circonvolution du corps calleux*, dans sa moitié postérieure, est *atrophiée, sclérosée*, ainsi que la plus grande partie du *lobe paracentral* et toute la moitié antérieure du *lobe carré*. — La *scissure perpendiculaire interne* est très profonde ; la *scissure calcarine* est peu prononcée. Le *coin*, le *lobe occipital*, la *circonvolution de l'hippocampe*, la quatrième temporale, T^4, sont assez bien développées. — Le *ventricule latéral*, la *couche optique*, CO, le *corps strié*, CS, la *corne d'Ammon* sont macroscopiquement normaux. (*Fig.* 4).

Cou. — *Larynx*, rien. — *Corps thyroïde* peu volumineux sans lésion apparente. — Pas de trace du thymus.

Thorax. — *Poumon gauche*. Plusieurs noyaux (quatre) de *broncho-pneumonie* occupant le lobe inférieur (partie postérieure) ; légère infiltration tuberculeuse du sommet. — *Poumon droit*. Avant l'ouverture du thorax on constate la présence d'air dans la plèvre. Il s'échappe de nombreuses bulbes par un trou creusé dans le 4e espace intercostal.

Après l'ouverture du thorax, on trouve dans la plèvre un liquide gangréneux, fétide, couleur chocolat (2 à 3 cuillerées). Le poumon est d'une couleur verdâtre, recouvert de très peu de fausses membranes qui semblent être récentes. Ce poumon est creusé au niveau de son lobe moyen et de son lobe supérieur d'une grosse *caverne* ayant tous les caractères d'une caverne gangréneuse. Cette caverne était très superficielle et en communication avec la cavité pleurale.

Dans ce même poumon droit, on trouve dans la partie inférieure du lobe inférieur un noyau de broncho-pneumonie. Le bord antérieur du lobe est atélectasié. — *Cœur* flasque ; pas de symphyse péricardiaque. Le myocarde n'est pas altéré, aucune lésion valvulaire. Persistance du trou de Botal.

Abdomen. — *Foie* un peu congestionné, vésicule biliaire rien. — *Reins*. Se décortiquent facilement. Rien à la coupe. *Estomac, intestins* sains. L'appendice mesure 0^m 08, est libre et grêle. — *Organes génitaux : ectopie testiculaire* droite.

Cause de la mort : Tuberculose pulmonaire, Broncho-pneumonie, Pyo-pneumothorax.

Poids des organes

Encéphale	764 gr.
Hémisphère cérébral droit	255 —
— — gauche	265 —
Cerveau	520 —
Hémisphère cérébelleux droit	55 —
— — gauche	55 —
Bulbe et protubérance	12 —
Cervelet et isthme	122 —
Liquide céphalo-rachidien	petite quantité
Moelle épinière	25 gr.
Corps thyroïde	5 —
Thymus	Pas
Cœur	60 —
Poumon droit	175 —
— gauche	95 —
Estomac	dilaté
Foie	480 —
Rate	26 —
Rein droit	50 —
Rein gauche	50 —
Testicules ; épididyme	Ectopie droite

RÉFLEXIONS. — I. Dans les *antécédents héréditaires*, nous relevons la *syndactylie* chez le *père* et le *grand-père maternel* qui, en outre, avait un *genu valgum* ; — l'*éthylisme* (grand-père paternel) ; — des *tics* (grand'mère paternelle) ; — la *chorée* et la *folie* (tante paternelle); — la *migraine* (grand'mère maternelle);— la *nervosité* et le *cancer* (arrière-grand'mère maternelle).

II. L'accouchement a été laborieux, l'enfant était *asphyxié* à la naissance, en état de mort apparente. Revenu à lui il a crié pendant neuf heures, puis est tombé dans une sorte de torpeur qui a duré 8 à 10 jours. Alors sont survenues des *convulsions* qui se sont prolongées pendant trois jours et ont été suivies immédiatement de *diplégie* avec *strabisme*, plus accusée à gauche, et quelques semaines plus tard de *contracture* : la paralysie et la contracture prédominaient à gauche.

Joh... n'a jamais donné aucun signe d'intelligence : il était atteint d'*idiotie complète.*

III. Nous n'avons pas à insister sur le *caractère* de la *diplégie avec contracture :* ils étaient classiques ainsi que le montrent les détails de l'observation.

IV. Le frontal est plus développé à gauche qu'à droite ; il en est de même de l'occipital correspondant.

Toutes les *sutures* persistent. Les *symptômes* con-convulsifs intéressaient les quatre membres : les *lésions cérébrales* existent des deux côtés. Les symptômes convulsifs et la paralysie prédominaient à gauche : les lésions cérébrales sont plus étendues plus profondes sur l'hémisphère droit (*Fig.* 3 et 4), aussi bien sur les *circonvolutions* que sur le *lobule de l'insula.* Rien, pendant la vie ne pouvait faire croire à une méningite et, en effet, à l'autopsie nous n'avons pas trouvé de lésions macroscopiques des méninges.

VII.

Idiotie microcéphalique, nanisme, main botte ;

PAR BOURNEVILLE.

Depuis longtemps nous avons l'intention de publier un mémoire sur la *main idiote* sur laquelle nous avons maintes fois donné des renseignements dans nos observations. Différentes circonstances ont retardé cette publication. Nous en détachons aujourd'hui la description d'une *main-botte* observée chez un microcéphale.

Sidney (W.)..., 13 ans. — *Poids* : 24 k. 300; — *Taille*: 1m28, au lieu de 1m42.

Main gauche.

Face supérieure. — L'index, le médius et l'annulaire sont assez bien conformés. L'index cependant s'incurve légèrement vers le médius, surtout dans la phalangette. Il est à 4 millimètres près aussi long que le médius et de trois millimètres plus long que l'annulaire. L'annulaire est dévié vers le bord cubital dans sa phalangine et vers le bord radial dans sa phalangette (1). Les ongles de ces trois doigts ne présentent rien de particulier ; ils sont assez longs, convexes transversalement et un peu cannelés.

L'auriculaire est court; même en lui donnant sa plus grande extension il arrive à peine à l'articulation de la phalangine avec la phalangette de l'annulaire. Dans sa

(1) De sorte qu'il existe un vide entre le bord cubital de la phalangine du médius et le bord radial de la phalangine de l'annulaire.

position naturelle, sa phalange suit une direction normale, la phalangine a une direction en dehors ou cubitale, et la phalangette une direction en dedans ou radiale ; c'est la phalange et la phalangine qui paraissent le plus courtes ; la phalangette, à part son incurvation, ne présente rien de particulier. Dans son ensemble l'auriculaire décrit donc une courbe à concavité radiale et convexité cubitale (1). De plus, sa face externe est renversée notablement en dehors comme dans le pied-bot varus, d'où une inflexion de la phalangette vers la paume de la main.



Fig. 5 — Main gauche.

Le pouce, qui est difficilement opposable, suit la direction des autres doigts de la main. Le premier métacarpien est long et grêle, son extrémité supérieure est saillante ; il en est de même de la phalange. La phalangette assez longue, va s'écartant des autres doigts. Lorsque le pouce est dans sa position naturelle, il s'incline vers la paume de la main et sa phalange et sa phalangette forment un angle de 150 degrés avec la face palmaire. On remarque également chez ce même doigt une tendance à se fléchir. La phalangette

(1) Il résulte de cette incurvation, un creux entre la phalangine et la phalangette de l'auriculaire et de l'annulaire.

s'infléchit latéralement, en dehors, sur la phalange, Pas de saillies musculaires ; atrophie très accentuée de l'éminence thénard. Les tendons abducteurs et fléchisseurs du pouce sont dans un état permanent de légère contracture qu'on arrive à vaincre facilement.

Face palmaire. — Sur la face palmaire, il n'y a à signaler que la dépression qui tient la place de l'éminence thénard.



Fig. 6. — Main droite.

Les mouvements des trois doigts normaux (index, médius et annulaire) sont à peu près tout à fait libres. En les exerçant passivement, on constate au début un peu de raideur qui disparaît vite. La raideur est un peu plus marquée dans l'articulation des phalangines avec les phalangettes.

Un peu de raideur à l'articulation de la phalange avec la phalangette du pouce. Un peu de raideur également dans les deux articulations phalangiennes avec la phalangette de l'auriculaire.

Main droite.

A la main droite, le pouce, l'index, le médius et l'annulaire sont tout à fait normaux. L'auriculaire est absolu-

ment semblable à celui de la main gauche. Il y a un vide entre les phalangines du médius et de l'annulaire et un peu de raideur dans leurs articulations phalangiennes. Les éminences thénar et hypothénar sont également bien développées. Les mouvements d'opposition du pouce sont normaux.

Mensurations.

		D.	G.
Distance de l'apophyse du cubitus à l'extrémité du médius		15,5	15,4
Grand empan		13,3	11,5
Petit —		8,2	7,8
Circonférence au niveau du poignet		14,2	13,2
Pouce :	1er métacarpien	4,0	3,8
—	phalange	3,5	3,0
—	phalangette	2,5	2,0
Index :	phalange	4,0	4,0
—	phalangine	2,4	2,4
—	phalangette	2,1	2,1
Médius :	phalange	4.4	4,4
—	phalangine	2,4	2,4
—	phalangette	2,1	2,1
Annulaire :	phalange	3,7	3,7
—	phalangine	2,4	2,4
—	phalangette	2,0	2.0
Auriculaire :	phalange	3,3	3,3
—	phalangine	1,6	1,6
—	phalangette	1,8	1,8

VIII.

La scoliose myxœdémateuse;

PAR BOURNEVILLE.

Sous ce titre, M. le Dr A. Chipault a fait une communication intéressante à la *Société de Pédiatrie de Paris*, dans la séance de mars 1902. « Parmi les *scolioses symptomatiques*, dit-il, il en est une qui semble avoir échappé à l'attention des orthopédistes et des neurologistes, c'est la scoliose du myxœdème. » M. Chipault relate ensuite trois faits : le premier, concernant un garçonnet de 4 ans 1/2, présentant « à un léger degré, l'aspect myxœdémateux.., avec une scoliose à convexité gauche, portant sur la région dorso-lombaire...»— Le second a trait à une fillette de 12 ans, atteinte de myxœdème fruste et de scoliose dorsale inférieure.— Le troisième cas est relatif à un garçon de 11 ans, offrant les mêmes affections. L'auteur termine ainsi :

J'ai cru devoir vous signaler ces trois cas, parce que, à ma connaissance du moins, l'attention n'a pas encore été attirée sur la scoliose comme manifestation du myxœdème. J'ai lu bon nombre de traités et d'études sur la scoliose sans trouver mentionnée cette modalité pathogénique; de même, dans les descriptions si attentives de malades faites dans les études médicales sur le myxœdéme et dans le riche dépôt iconographique qui les accompagne, je n'ai rien trouvé non plus à ce sujet. Quelques documents ont pu m'échapper, ils doivent être rares. Il semble donc que la scoliose ne soit qu'une complication du myxœdème.

Contrairement à l'opinion de M. Chipault, les neurologistes ont signalé les déformations du rachis qui s'observent non pas à titre de complication *exceptionnelle*, mais au contraire, *très fréquemment*, dans le myxœdème infantile. Pour le démontrer, il nous suffira d'emprunter quelques citations à nos nombreuses publications sur la cachexie pachydermique.

1° La colonne vertébrale de Graf..., au niveau de la base du thorax, offre une dépression très marquée; lorsque l'enfant est debout, il existe à ce niveau un sillon vertical assez profond pour contenir le doigt. (*Compte-rendu du service des enfants de Bicêtre* de 1886, p. 14.)

2° Dans un cas de Cl. Routh que nous avons publié en 1886 (p. 61), il est dit qu'il existait « une lordose bien marquée».

3° Dans le cas de Ball que nous avons publié (p. 69), « la taille est extrêmement cambrée et l'on pourrait presque prononcer à cet égard le nom de cyphose.»

4° Chez l'enfant Pi... (Pauline), « le thorax est déformé par une déviation du rachis. » (*Compte-rendu de* 1888, p. 5.)

5° Chez Amélina F..., « la colonne vertébrale est déviée à la région dorsale ; la convexité, tournée à droite, fait une saillie assez prononcée.« (*Ibid.*, p. 9.)

6° Elisa X...: « La courbure dorsale de la colonne vertébrale est prononcée, le dos est voûté, la poitrine globuleuse.» (*Ibid.*, p. 14 et 15.)

7° Wat. (Augustine) a le dos courbé; la région lombaire est excavée. (*Compte-rendu de* 1889, p. 69.)

8° Le père d'une myxœdémateuse espagnole nous signale qu' «il existe un peu d'enfoncement de la colonne vertébrale. » (*Ibid.* p. 72.)

Dans notre mémoire de 1889 (*Ibid.*, p. 103), nous écrivions : Le thorax offre d'ordinaire des déformations portant sur les dernières côtes, déjetées en dehors, et sur la colonne dorsale plus ou moins déviée. Le dos est voûté...

9° Jules Deb...:«Les côtes sont saillantes, la base de la poitrine est élargie au niveau des fausses côtes qui sont rejetées en arrière, la partie supérieure du thorax forme une convexité trés accusée, surtout au voisinage de la colonne dorsale. La *colonne vertébrale* est sinueuse, la portion dorsale forme

une convexité beaucoup plus prononcée que d'habitude, principalement au niveau des deux tiers supérieurs du thorax. Au-dessous de cette convexité, on note une ensellure très marquée. De plus, la colonne décrit une légére convexité à gauche. » (*Ibid.*, p. 179).

10° et 11° La malade de l'observation II de notre mémoire de 1890 offrait une *lordose* très prononcée. (*Compte-rendu* de 1890, p. 213). Le malade de l'observation VII avait également une lordose (p. 217).

12° Chez une myxœdémateuse que nous avons observée à Mâcon, « le thorax est étroit et notablement déformé; l'épaule gauche est plus élevée que la droite, très saillante, ainsi que la région scapulaire; *la colonne dorsale décrit une convexité* à gauche trés prononcée, les dernières côtes sont saillantes. Ces déformations paraissent plus accentuées lorsque l'on examine la malade debout. » (*Compte-rendu de* 1890, p. 219).

13° Chez Gang... « la colonne vertébrale forme une saillie notablement exagérée au niveau de la partie supérieure du dos. Il existe également une légère convexité à gauche des vertèbres. L'ensellure est assez accusée, mais n'est pas aussi exagérée que chez les autres idiots myxœdémateux. L'épaule gauche est un peu affaisée et la droite relevée. » *Compte-rendu de* 1895, p. 188).

14° « Goss... avait une déformation du rachis et une ensellure très prononcée de la région lombaire.» (*Compte-rendu de* 1896, p. 51.)

Dans une communication à la *Société médicale des hôpitaux,* nous répétions que : « Le thorax offre des déformations portant sur les dernières côtes, déjetées en dehors et sur la colonne vertébrale plus ou moins déviée. Le dos est voûté. » (*Ibid.*, p. 136.)

15° « Le thorax de Marie Bey..., élargi à sa base, est étroit en haut et se continue presque sans ligne de démarcation avec le cou élargi jusqu'en bas. Le sternum est projeté en avant et la pointe de l'appendice xiphoïde proémine assez fortement. Il n'y a pas de chapelet chondro-costal. Le thorax est un peu asymétrique par sa base, les côtes du côté droit étant comme redressées et refoulées en dehors, tandis que celles du côté gauche sont bombées. Cette asymétrie du thorax correspond à une *scoliose* du rachis, les dernières vertèbres cervicales et les trois premières dorsales formant

une légère courbe à concavité tournée à gauche, tandis que le reste de la colonne dorsale et de la colonne lombaire forme une courbe marquée à concavité inverse. La concavité en avant de la partie dorsale de la colonne est un peu exagérée. » (*Compte-rendu de* 1894, p. 107.)

16° Chez Borj..., « la poitrine est courte, le dos un peu bombé. Voussure dorso-lombaire de la colonne vertébrale. » (*Ibid.*, p. 148.)

17° Félicie Tis...: « Le tronc, vu d'arrière, présente une convexité thoracique très marquée et des déviations de la colonne vertébrale. Celle-ci offre deux courbures de *scoliose*, l'une supérieure, à convexité regardant à droite, l'autre inférieure, à convexité regardant à gauche. — La région lombaire présente une ensellure très prononcée. (*Compte-rendu* de 1900, p. 32.) (1).

Les observations, maintenant très nombreuses, publiées par les auteurs, en particulier celles de M. Herthoge (d'Anvers), nous fourniraient sans doute des renseignements analogues à ceux qui précèdent.

Dans ses conclusions, M. Chipault dit « que la scoliose du myxœdème semble se rencontrer *surtout* dans ses *formes frustes* ». Or, tous les cas qui précèdent se rapportent à des cas-types de myxœdème infantile. Il ajoute que « au point de vue thérapeutique, cette scoliose symptomatique demande un traitement mixte : traitement thyroïdien...., traitement orthopédique (appareil plâtré), massages et *affusions chaudes*, les seules permises chez les myxœdémateux. » A cet égard, nous ne partageons pas l'opinion de M. Chipault. Nous prescrivons à tous nos myxœdémateux la douche froide en jet en éventail, sur tout le corps, et nos malades s'en trouvent parfaitement bien. C'est un excellent adjuvant du traitement thyroïdien. Il termine son travail en disant qu' « il y a un réel intérêt pour le médecin, et surtout pour l'orthopédiste, à songer au besoin à cette variété, *méconnue* jusqu'à présent, je crois, de scoliose symptomatique. » Les cas que nous

(1) On trouvera à la fin de cette observation l'énumération de nos publications sur le myxœdème infantile.

venons de rappeler sommairement montrent que les déformations de la colonne vertébrale chez les myxœdémateux n'ont pas été « méconnues jusqu'à présent ».

IX.

Technique pour l'examen des réflexes;

PAR CROUZON.

Les réflexes usuels étudiés en clinique sont les réflex tendineux, cutanés et pupillaires.

Réflexes tendineux — Pour l'étude des réflexes tendineux, il est utile et presque nécessaire de se servir d'un marteau à percussion. Ce n'est donc que dans les cas où le marteau fait défaut qu'on se servira de la percussion avec le bord cubital de la main, avec les doigts, avec le dos d'un couteau, avec une cuiller, etc.

Réflexe rotulien. — Les positions à donner au malade sont nombreuses : on peut lui faire croiser les jambes l'une sur l'autre, on peut le faire asseoir sur le bord d'un lit ou d'une table, etc. Le meilleur procédé est le suivant : on fait asseoir le malade sur une chaise, on lui commande d'étendre à moitié les jambes sur les cuisses en laissant toutefois reposer ses pieds sur le sol. Les jambes doivent alors former un angle obtus à 135° avec les cuisses. On conseille au malade de ne pas se raidir, de laisser ses jambes molles.

On percute alors le tendon rotulien. Le réflexe se perçoit :

a) par le mouvement de propulsion du pied;
b) par la contraction visible du triceps;
c) en palpant le triceps dont on sentira la contraction sous la main.

Quand le malade est couché, pour rechercher le réflexe, on passe la main sous la cuisse du malade, on soulève légèrement celle-ci en laissant cependant le membre dans le relâchement. Si l'on percute alors le tendon, la jambe s'étend sur la cuisse.

Réflexe contralatéral des adducteurs (P. Marie). — Au réflexe rotulien doit être joint le réflexe contralatéral des adducteurs.

Ce réflexe consiste, en effet, dans uue contraction des adducteurs provoquée par la percussion du tendon rotulien du côté opposé. On peut le rechercher le malade étant assis ou couché.

Si le malade est assis, on lui fait prendre la même position que pour la recherche du réflexe rotulien en lui faisant écarter légèrement les cuisses. On voit alors à chaque percussion du tendon rotulien une adduction légère de la cuisse du côté opposé. Ce réflexe n'est bien apparent que lorsqu'il est exagéré.

Si le malade est couché, on place une des deux jambes, la droite par exemple, en flexion sur la cuisse et la cuisse en abduction. On percute alors le tendon rotulien gauche en soulevant légèrement la cuisse du malade, il se produit uue extension de la jambe gauche et, en même temps, du côté droit le réflexe contralatéral qui consiste en une adduction de la cuisse.

Réflexe achilléen. — Le réflexe du tendon d'Achille doit être recherché de la façon suivante : le malade doit être autant que possible déchaussé. On lui commande : « mettez-vous à genoux sur la chaise en me tournant le dos. » On lui conseille de s'avancer aussi près que possible du dossier de la chaise et de ne pas raidir ses jambes. On s'assure du relâchement de ses muscles du mollet en les palpant ou en mobilisant le pied sur la jambe, on frappe alors du marteau le tendon d'Achille : on voit le pied s'étendre sur la jambe, la plante du pied tendant à passer du plan vertical vers le plan horizontal. Sans entrer ici dans le séméiologie du réflexe achilléen, nous ne pouvons mieux mettre sa valeur en relief qu'en signalant sa disparition précoce dans le tabes alors même que les réflexes rotuliens existent encore (Babinski).

Quand le réflexe est exagéré, la percussion peut faire apparaitre le phénomène du pied qui consiste en une série d'extensions rythmiques et saccadées du pied sur la jambe. Le clonus du pied peut, du reste, être recherché d'une autre façon : en faisant étendre complètement le membre du malade et en cherchant à provoquer la flexion forcée du pied sur la jambe, le pied s'anime des secousses d'extension rythmiques et saccadées qui constituent le clonus.

Réflexes du coude et du poignet. — Pour chercher le réflexe du coude, on place l'avant-bras en demi-flexion sur le bras et on le soutient de façon à le laisser dans le relâchement. On

percute le tendon du triceps brachial au-dessus de l'olécrâne : il se produit un mouvement d'extension de l'avant-bras sur le bras.

Les réflexes du poignet se recherchent aussi, le membre étant dans le relâchement, la main du malade reposant dans la main de l'observateur. La percussion se fait alors sur les tendons du bord radial, du bord cubital, de la face dorsale, et de la face palmaire du poignet et elle produit la contraction des muscles correspondant aux tendons percutés.

Réflexe massétérin. — Nous rapprochons des réflexes tendineux le réflexe du masséter. On le produit en percutant directement le muscle masséter ou mieux de la façon suivante : on commande au malade d'entrouvrir la bouche sans faire d'effort. On appuie la lame d'un couteau ou d'un coupe-papier sur les arcades dentaires inférieures et on percute avec le marteau la surface de la lame. L'arcade dentaire s'abaisse sous le choc, puis est soulevée par la contraction du masséter : c'est là le réflexe.

Réflexes cutanés.

Réflexe plantaire. — On le recherche en chatouillant légèrement la plante du pied, (sur son bord EXTERNE de préférence) avec une épingle, une plume, une pointe de crayon, avec l'ongle. Il faut recommander au malade de se raidir et, au besoin, aux sujets impressionnables de fermer les yeux.

A l'état normal, les orteils se *fléchissent,* c'est-à-dire se rabattent vers la plante du pied ; à l'état pathologique, ils *s'étendent,* c'est-à-dire se renversent vers le dos du pied, la face palmaire des orteils tendant à regarder le plafond.

C'est au *gros orteil* que se voit le mieux le mouvement d'extension ou de flexion : c'est donc sur lui que doit se concentrer l'examen de l'observateur. On devra éviter de confondre l'extension des orteils, phénomène réflexe indépendant de la volonté, avec les mouvements de défense du pied d'un malade craintif qui, au moindre attouchement, fléchit le pied sur la jambe et simule ainsi l'extension des orteils.

Le réflexe plantaire peut être diminué ou aboli et il y a quelques années c'était le seul point que pouvait éclairer la recherche de ce réflexe. Sa valeur s'est accrue depuis que Babinski a fait connaître la séméiologie de l'extension des orteils : il a montré que le signe signifiait « trouble dans le systéme pyramidal » et qu'il est lié le plus souvent à une

affection organique du système nerveux : hémiplégies, diplégies, paraplégies, etc. Il fait défaut dans l'hystérie. On voit donc de quelle importance est sa recherche.

Réflexe crémastérien. — On chatouille avec une épingle la peau de la face interne des cuisses, on voit une élévation du testicule du côté correspondant. On doit pratiquer cet examen successivement sur chacune des cuisses pour observer chacun des réflexes. On peut les provoquer aussi en serrant violemment avec la main, de façon à comprimer les masses musculaires de la face interne de la cuisse au-dessus du genou.

Réflexes abdominal et épigastrique : — On les recherche en chatouillant d'une épingle la peau de la paroi abdominale successivement à droite et à gauche de la ligne médiane, d'abord au-dessous de l'ombilic, puis au niveau de la région épigastrique. Il se produit du côté excité une contraction du grand droit, des obliques et du transverse qui fait rentrer l'abdomen.

Réflexe bulbo-caverneux. — Il est d'un usage plus rare en clinique : on l'obtient en saisissant le gland entre les doigts à travers le prépuce, on le comprime légèrement jusqu'à ce qu'il s'échappe des doigts. On le perçoit en palpant l'urètre au niveau de la région scroto-périnéale : on sent une contraction musculaire dûe au bulbocaverneux.

Réflexe anal. — Il consiste dans la contraction et l'élévation du sphincter de l'anus sous l'influence du chatouillement, avec une épingle, de la peau de la région anale. Il importe de donner au malade une des positions suivantes :

a. Debout le bassin fléchi sur les cuisses, le corps penché en avant, les jambes éloignées, le malade écartant ses fesses de ses mains.

b. Couché sur le dos, les jambes en l'air, les fesses écartées.

c. Le malade couché sur le flanc, la jambe de ce côté allongée, l'autre jambe fléchie.

Réflexes pharyngé et palpébral. — Nous joignons ces deux réflexes aux réflexes cutanés. Le *réflexe pharyngé* s'obtient en chatouillant le pharynx avec un tortillon de papier : il provoque une sensation désagréable de picotement, des nausées et quelquefois des vomissements. Ce réflexe fait défaut dans l'hystérie, dans les paralysies pharyngées bulbaires ou

pseudo-bulbaires. — Le *réflexe palpébral* est la réaction d'occlusion de la paupière qui se produit quand on touche du doigt la cornée. Ce réflexe disparaît dans le sommeil chloroformique, dans le coma épileptique, dans le coma apoplectique, etc.

Réflexes pupillaires.

Il existe de nombreux réflexes pupillaires : à la lumière, à l'accommodation, à la douleur, à l'effort d'occlusion des paupières, etc. Le réflexe lumineux est le seul important en clinique : son absence est signe de tabes, de paralysie générale ou d'affection syphilitique du système nerveux.

Il doit être recherché de deux façons :

1° *dans l'obscurité* : on place à côté de l'œil à examiner un rat ou une bougie allumée. On fait avec la main un écran interceptant la lumière entre l'œil et la source de lumière. On éclaire à volonté l'œil en retirant la main : la pupille reçoit la lumière, la contraction se produit. Cet examen nécessite une chambre noire. On pourra cependant se contenter d'une demi-obscurité que l'on obtiendra en couvrant la tête du malade d'un drap ou d'une alèze.

2° *à la lumière du jour.*

a) Examen direct : on ferme les deux paupières et on ouvre brusquement la paupière de l'œil examiné en la soulevant avec le pouce : la pupille se contracte ; on referme cette paupière et on examine l'œil opposé de la même façon.

b) Examen consensuel. — On maintient ouvert l'œil à examiner, le droit par exemple : on ferme l'œil gauche. Puis brusquement on soulève la paupière de l'œil gauche en maintenant l'attention fixée sur l'œil droit. On voit alors apparaître la contraction de la pupille droite en même temps que se produit la contraction de la pupille gauche par l'éclairage direct. La réaction de la pupille droite est dite consensuelle alors que celle de gauche est dite directe.

X.

Histoire complète d'un cas d'idiotie myxœdémateuse
(*myxœdème infantile*).

(1890-1902).

PAR **BOURNEVILLE.**

Cette observation concerne un malade, Deb.... (Jules), que nous avons suivi pendant *douze ans*. Nous avons publié ses antécédents et sa description clinique dans les *Archives de neurologie* (1890, t. XVI, p. 217) et dans le *Compte-rendu* de notre service pour 1889 (p. 172). Puis, en 1895, dans une communication au *Congrès des aliénistes et des neurologistes* (session de Bordeaux), intitulée : *Trois cas d'idiotie myxœdémateuse traités par l'ingestion de glande thyroïde*, nous avons exposé les effets du traitement thyroïdien chez ce malade. Deb... est mort au commencement de 1902. Avant de résumer les particularités qu'il a présentées de 1896 à sa mort, de relater son autopsie, de donner la description de son squelette, l'examen histologique du cerveau, etc., nous croyons devoir reproduire nos deux publications que nous venons de rappeler. De la sorte, le lecteur aura l'*histoire complète* de l'un des plus beaux exemples de myxœdème infantile que l'on puisse rencontrer.

SOMMAIRE. — *Père tuberculeux (?). — Oncle maternel paralysé, aliéné et sujet probablement à des accès d'épilepsie.*

— Frère et sœur morts tuberculeux. — Sœur strabique à la suite de convulsions de l'enfance, morte tuberculeuse. Renseignements incomplets sur les antécédents du malade. — Marche à dix-huit mois. — Propre de bonne heure. — Arrêt de développement, bouffissure et épaississement à partir de trois ans. Etat du malade au 1er février 1890. — Lésions scrofuleuses et rachitiques. — Absence de la glande thyroïde; symptômes classiques de l'idiotie myxœdémateuse: pseudo-lipomes; persistance de la fontanelle antérieure; hernie ombilicale; eczéma; arrêt de développement physique et intellectuel; parole, voix, etc.

1893-1894. *Julep avec extrait de glande thyroïde et injections sous-cutanées de liquide thyroïdien: résultats négatifs.*

1895. *Ingestion stomacale de glande thyroïde de mouton.— Amélioration: Élévation de la température;— diminution de poids; — phénomènes divers dus au traitement;— modifications de la voix, accroissement de la taille, etc., etc.*

1896. *Dentition complète ; carie dentaire.*

1897-1901. *Evolution à peu près nulle de la puberté. Même état général.*

1902. *Hydropisie pleurale et péricardique. — Cyanose subite: mort ; abaissement considérable de la température. — T. après la mort. — Rigidité cadavérique.*

AUTOPSIE. — *Persistance de la suture métopique. — Absence complète de la glande thyroïde. — Hydropisie de la plèvre et du péricarde. — Athérome. — Petits kystes rénaux. Description du squelette. — Analyse chimique de la peau, — Examen histologique du cerveau. — Réflexions.*

Debar... (Jules,) né à la Ventie (Pas-de-Calais), le 6 octobre 1865, est entré le 23 février dans mon service, à Bicêtre. Ce malade nous a été envoyé par M. le Dr Moizard, médecin de l'hôpital Tenon, qui l'avait reçu dans ses salles en même temps que sa sœur, atteinte d'une pleurésie. C'est elle qui a fourni à notre ancien interne, M. Camescasse, les renseignements suivants sur sa famille.

Antécédents. — Père, ouvrier dans une fabrique de toile, sujet à des hémoptysies ; grand, fort, brun, sobre, d'un caractère doux, n'ayant pas d'accidents nerveux. Il est mort en 1873, à l'âge de quarante-cinq ans, d'une hémorrhagie (proba-

blement une hémoptysie), en deux heures. [*Père*, mort vers quatre-vingts ans. — *Mère*, pas de renseignements. — Deux sœurs seulement, bien portantes ainsi que leurs enfants (un garçon et trois filles).]

Mère, morte en 1877, à quarante-quatre ans, d'une maladie d'intestins, journalière à la campagne, sobre, sujette à des maux de tête. Elle était d'une taille moyenne, forte, brune et d'un caractère très doux. [*Père* et *mère*, aucun renseignement. — Un frère, mort à soixante-six ans, était *paralysé*. Il avait une bosse dans le dos, consécutive à un effort et serait resté alité pendant douze ans, de quarante-six à cinquante-huit; puis il a pu marcher jusqu'à sa mort. Il avait des idées tristes, croyait toujours qu'il allait mourir, il était sujet à des *attaques de nerfs* avec chute, dans lesquelles il se raidissait, se débattait, et suivies d'un moment d'hébétude. Parfois, il avait une mousse blanche à la bouche. Il s'était marié avec une femme plus âgée que lui de vingt-neuf ans, dont il n'a pas eu d'enfants. — Pas de sœur. — Aucun autre détail.]

Pas de consanguinité (père du Pas-de-Calais, mère de la Manche). — Inégalité d'âge d'environ deux ans.

Cinq enfants : 1° Garçon, grand, fort, intelligent, mort à vingt-sept ans d'une affection pulmonaire aiguë, probablement de nature tuberculeuse. Il s'était marié et avait eu un enfant mort à deux ou trois mois;

2° Fille morte à dix ans, après quinze jours de maladie consécutive à une peur occasionnée par la vue de la chute de sa sœur dans l'eau. Elle était grande et bien constituée pour son âge ;

3° Fille, — celle qui nous renseigne — âgée de trente-sept ans, d'une taille au-dessus de la moyenne (1m70), paraissant assez forte, d'une physionomie régulière, plutôt agréable. Elle a eu dans son enfance des *convulsions* qui ont laissé un léger *strabisme*. Elle a eu une fièvre typhoïde à deux ans, en même temps que son père et trois de ses frères ou sœurs. Jusqu'à vingt-huit ans, elle a travaillé dans les champs, puis, pendant trois ou quatre mois, elle a promené son frère dans les foires avec des saltimbanques. Durant ces périgrinations, elle a contracté un rhumatisme articulaire pour lequel elle a été soignée à l'hôpital de Lille. Ensuite, elle s'est placée comme servante dans la même ville jusqu'en 1888, époque où

elle a recommencé à exhiber son frère dans les marchés et les foires, sous le titre de *Roi des Esquimaux*. Vers le milieu de janvier 1890, elle est tombée malade, est entrée à Tenon à la fin de ce mois pour une pleurésie avec tuberculose du poumon gauche. Elle a succombé le 13 février (1);

4° Fille morte à cinq ans, au bout de quinze jours, d'un refroidissement. Elle était grande, forte et intelligente;

5° *Notre malade*. Les renseignements que nous possédons sont très vagues. Il a été élevé par sa mère, a marché à dix-huit mois, a été propre de bonne heure et n'aurait rien présenté de particulier jusqu'à l'âge de trois ans (?). Il causait et jouait comme les autres enfants, dit-on. C'est à partir de trois ans qu'il s'est arrêté dans son développement et qu'il est devenu gros et bouffi. Il mange presque seul, à condition qu'on lui coupe sa viande. Il a toujours été sujet à la constipation et reste quelquefois six semaines (?) sans aller à la selle. On n'a jamais essayé de lui apprendre à lire. La parole est assez limitée, comme nous le verrons tout à l'heure, ce que sa sœur attribuait à ce qu'il sait qu'il prononce mal les mots. Il coud avec une certaine habileté. Il fume la pipe et la cigarette.

État actuel (février 1890). — L'aspect général et la physionomie de ce malade rappellent de la façon la plus complète ceux de tous les autres malades dont nous avons publié l'histoire (*Fig.* 7, 8, 9, 10).

Taille, 0m, 915 ; *poids*, 24 kil. 800.

Tête. — Elle est ovoïde avec prédominance très accusée de la région occipitale, saillie prononcée des bosses pariétales et rétrécissement du front. La *fontanelle antérieure n'est pas entièrement ossifée*; on sent très bien à son niveau une dépression de deux à trois centimètres de longueur et d'environ un centimètre de largeur. — Les *cheveux* sont d'un brun tirant sur le roux, longs, gros, rudes, semblables à une crinière. Ils sont abondants en arrière et au niveau des pariétaux, au contraire rares au-dessus des bosses frontales. Entre les places presque dénudées, il y a un toupet assez fourni. Un peu à droite du vertex, les cheveux sont plus clairsemés. Le *cuir chevelu* est le siège d'une éruption eczémateuses (petites croûtes jaunâtres, squames, etc.).

(1) Nous aurions voulu avoir des renseignements plus détaillés, mais elle ne paraît pas avoir de parents à Paris, car son corps n'a pas été réclamé.

Circonférence horizontale maxima	36 c.	5
— bi-auriculaire	33	»
Distance de l'articulation occipito-altoïdienne à la racine du nez	37	»
Diamètre antéro-postérieur maximum	18	5
— bi-auriculaire	12	»
— bi-pariétal	13	6

Le *front* est droit, assez haut (5 cent.), mais il est très étroit (9 cent.), et déprimé latéralement ; les bosses, peu saillantes, paraissent égales. Les arcades sourcilières sont tout à fait effacées. Les *sourcils*, en forme d'S, sont moyennement fournis de poils courts.

Les *paupières* supérieures et inférieures *sont considérablement bouffies* et ont un reflet bleuâtre ; la bouffissure est telle que les yeux sont à peine visibles. La pression des doigts ne laisse pas d'empreinte. L'écartement du bord libre des paupières est de cinq millimètres à droite, un peu moindre à gauche. Les *cils* sont longs et assez nombreux aux paupières inférieures. Il existe des deux côtés un peu de blépharite ciliaire. Les conjonctives sont saines ; les cornées présentent toutes deux une petite taie. Les iris sont bleus.

Le *nez* est camus, très court et large (25 millim. de longueur et 4 cent. de largeur) ; la racine est écrasée ; les narines sont un peu relevées et triangulaires.

Les *régions malaires* sont saillantes. Les *joues* sont volumineuses, gonflées, lipomateuses, ballotantes.

La *bouche* est assez large (5 cent.). Les *lèvres* sont très saillantes, ce qui tient à un prognathisme très accusé. Elles sont bleuâtres, très épaisses, l'inférieure plus que l'autre (15 millim.) ; celle-ci est en outre un peu renversée. Le menton n'existe pour ainsi dire pas ; il est tout à fait déprimé, comme s'il avait été aplati horizontalement au niveau du bord cutané de la lèvre inférieure.

Dans son ensemble, la *face* est carrée ; la moitié droite semble un peu plus développée que la gauche ; mais l'asymétrie, en tous cas, est peu prononcée.

Les *oreilles* sont pâles, assez ourlées et le lobule est distinct ; hauteur 55 millimètres ; largeur, 35 millimètres. Elles sont en outre épaisses, translucides, comme si elles étaient infiltrées. Il s'agit là, comme toujours, d'un faux œdème.

Système dentaire. — Mâchoires normalement développées ; denture irrégulière, offrant la réunion de presque toutes les anomalies.

Mâchoire supérieure. — Côté gauche. Incisive centrale permanente, large et complétement évoluée. — *Incisive latérale,* de volume ordinaire, déviée par une rotation sur l'axe, de dedans en dehors et d'arrière en avant, d'environ 45 degrés. *Canines de lait. Prémolaire* permanente normale, à pointes très aiguës. *Première grosse molaire* en cours d'évolution. Un tiers environ de la hauteur normale de la couronne apparait hors de la gencive.

Côté gauche. — *L'incisive centrale* est placée sur un plan légèrement antérieur par rapport à la dent correspondante du côté gauche, elle est large et a atteint à peu près sa longueur normale : malgré cela, elle est entièrement recouverte par la muqueuse distendue et laisse voir la dent par transparence, comme à travers une membrane mince de caoutchouc fortement étirée et près de se rompre. Cette disposition ne parait s'accompagner d'aucune douleur (spontanée ou provoquée). *L'incisive latérale* a subi une déviation égale et symétrique par rapport à la dent correspondante du côté gauche (rotation sur l'axe de 45 degrés de dedans en dehors et d'arrière en avant). — *Canine de lait.* — *Deux prémolai-* comme du côté gauche. Pas de grosse molaire.

Mâchoire inférieure. — *Dents antérieures* très écartées, projetées en avant et divergeant en éventail. Les *quatre incisives* appartiennent à la deuxième dentition; leur volume est normal. — *Canines de lait.* — A droite et à gauche après la canine, il y a un espace vide. Après cet espace vide se trouve un tubercule à sommet mousse, d'un jaune sale, fortement et profondément érodé, haut d'un demi centimètre environ, d'une largeur à peu près égale au collet et affectant très grossièrement la forme conique. Après cet organe un nouvel espace libre qui correspond à l'emplacement de la première grosse molaire permanente. La seule grosse molaire que l'on trouve à la mâchoire inférieure est située très en arrière et occupe la place de la grosse molaire de 13 ans (1).

Articulation. — Prognathisme inférieur.

Le *cou* est extrêmement court et gros (0,565^{mm}). En avant, sous le doigt, on sent très nettement les cartilages du larynx

(1) Il a été impossible, par suite de la résistance du malade, d'examiner la disposition des tubercules de la face triturante de cette grosse molaire. Cet examen, en admettant que la conformation de la dent fut normale, aurait indiqué si on avait affaire à la première ou à la deuxième grosse molaire permanente.

et de la trachée : *il ne parait pas y avoir de glande thyroide.* Des deux côtés du cou, existent deux *masses lipomateuses,* tremblotantes, qui ne laissent pas d'empreinte, de la dimension d'un œuf de poule, s'aplatissant par la pression et contribuant encore à faire paraitre le cou plus court. On dirait que la tête s'enfonce dans le thorax.

Thorax. — La partie antérieure est proéminente, le sternum faisant un angle aigu de 25 degrés environ avec la verticale. Les côtes sont saillantes, la base de la poitrine est élargie au niveau des fausses côtes qui sont rejetées assez fortement en dehors. En arrière, la partie supérieure du thorax forme une convexité très accusée, surtout au voisinage de la colonne dorsale. La *colonne vertébrale* est sinueuse, la portion dorsale forme une convexité beaucoup plus prononcée que d'habitude, principalement au niveau des deux tiers supérieurs du thorax. Au-dessous de cette convexité on note une ensellure très marquée. De plus, la colonne dorsale décrit une légère convexité à gauche.

Il existe des *masses lipomateuses* sur les parties latérales et inférieures du tronc, ainsi que dans le creux axillaire.

Circonférence du thorax au niveau des mamelons......	0m665
— de l'abdomen en passant par les plis des flancs et l'ombilic.....................	0m74 cent.

Le *ventre* est très volumineux et le paraît encore davantage quand on regarde le malade de profil. L'ombilic présente une pointe de *hernie*, grosse comme la moitié d'une noisette (1). — Le bassin est très étroit par rapport à la partie supérieure du tronc ; les fesses sont régulières, assez fermes et n'offrent pas de masses lipomateuses analogues à celles qu'on remarque au cou et aux aisselles,

Membres. — Les membres supérieurs et inférieurs sont gros, courts, égaux, empâtés. Les mains bouffies, épaisses, ont un aspect œdémateux ; les ongles n'ont rien de particulier ; les jambes présentent une légère concavité en dedans, des deux côtés, mais plus accentuée à gauche. Les pieds ont une apparence pachydermique plus prononcée que celle des mains ; ils sont par conséquent très épais ; les orteils sont proportionnellement moins courts que les doigts ; leurs ongles sont réguliers. La voûte plantaire est tout à fait aplatie.

(1) Il n'y a pas de hernie inguinale.

Membres supérieurs.

	Droit.	Gauche.
Circonférence au niveau de l'aisselle................	24	24
— à 10 centimèt. au-dessus de l'olécrâne.	21	21
— — — au-dessous —	19	19
— au niveau du poignet................	15	15
— — du métacarpe	18	18
Distance de l'acromion à l'olécrâne.................	17 1/2	17 1/2
— de l'olécrâne à l'apophyse du cubitus......	15	15
— du cubitus à l'extrémité du médius.......	13	13

Membres inférieurs.

Circonférence au niveau de l'aine...............	37	37
— à 5 centimètres au-dessus de la rotule.	33	33
— au niveau de la rotule...............	27	27
— à 6 cent. 1/2 au-dessous — —	26 1/2	26 1 2
— au niveau du cou-de-pied (au-dessus des malléoles)..................	19	19
— à la partie moyenne du pied.........	20	20
Distance de l'épine iliaque à l'interligne du genou..	24	24
— de cet interligne à la malléole externe.....	20	20
— de la malléole externe à l'extrémité de l'orteil médius............................	15	15

Organes génitaux. — Le pénil est glabre, ainsi d'ailleurs que le visage et les aisselles, mais il y a quelques petits poils très courts de chaque côté de la racine de la verge, les bourses sont petites, molles et vides sur leur moitié inférieure, la peau est d'une blancheur cireuse et présente quelques dilatations veineuses prononcées ; les testicules, de la dimension d'une olive, sont égaux et remontent très facilement dans le canal inguinal. La verge a 49 millim. de longueur et 63 de circonférence. Le prépuce est long ; son orifice est très étroit, de telle sorte qu'il est impossible de découvrir le gland, aussi la miction se fait-elle lentement et par intermittences ; le malade ne se livre pas à l'onanisme.

D'une façon générale, la *peau* est d'une blancheur cireuse, comme translucide en certaines régions, notamment aux oreilles et aux paupières, au pourtour des lèvres, à la partie inférieure des bourses. Elle est assez fine et douce au toucher sur la partie postérieure des joues, sur le cou et sur le ventre. Sur d'autres régions, elle est rugueuse et donne au toucher la sensation de l'ichthyose ; elle offre de fines squames blanchâtres notamment au niveau de l'ensellure du dos, du tiers inférieur des jambes, des pieds. Au niveau de ceux-ci, les plis sont très accusés, comme si la peau avait été macérée par l'application prolongée de cataplasmes. Les mains sont légèrement rouges, mais les pieds sont violacés. Il existe un

érythème assez prononcé du pli de l'aine gauche et des *nævi*, de deux à cinq millimètres sur les joues, le dos, l'avant-bras droit, etc., une cicatrice de vaccin sur le bras gauche, des dilatations veineuses sur la convexité du dos. — On trouve de petites adénites nombreuses de chaque côté du cou et sous les masses lipomateuses des aisselles; il n'y en a pas dans les aines.

Deba.. mange seul, mais avec une grande lenteur; la *mastication* s'effectue assez péniblement. Le *foie* et la *rate* sont normaux. Les selles sont rares et le plus souvent il faut le purger. Sous l'influence de la constipation, il s'est produit des hémorrhoïdes de la dimension d'une petite noisette. D... n'est pas vorace ; il est très difficile pour la nourriture. Il est friand de poulet, de pruneaux et d'œufs durs.

La *respiration*, à 20, est un peu gênée et accompagné d'un petit ronflement nasal. — Les battements du *cœur* sont réguliers, un peu lents et sourds ; le pouls radial est petit, très difficile à sentir.

Les *urines* ont été examinées à plusieurs reprises ; leur densité est de 1018, leur réaction faiblement acide; elles ne renferment ni sucre, ni albumine.

La *sensibilité générale* est normale. Deb... est très sensible au froid. — Sa *température rectale* a été prise du 12 au 21. Voici les chiffres :

	MATIN	SOIR		MATIN	SOIR.
12 février	37°5	37°1	17 février	37°	37°4
13 —	37°4	37°2	18 —	37°2	37°
14 —	37°5	37°8	19 —	37°2	37°4
15 —	37°6	37°4	20 —	37°2	37°5
16 —	37°2	37°4	21 —	37°	37°3

L'*ouïe*, l'*odorat*, le *goût* semblent normaux. La *vision* paraît bonne, malgré l'existence des taches que nous avons signalées.

La *marche* est très lourde et s'accompagne d'un léger balancement latéral. Les pieds se détachent difficilement du sol. D... est incapable de monter ou de descendre seul un escalier. Le sommeil est paisible.

La *voix* est aigre, rauque, stridente.

La *parole* est très lente ; le vocabulaire parait restreint ; D... ne fait pas de phrase entière ; il prononce assez bien les mots d'une ou deux syllabes ; il ne répète pas les phrases, mais seulement le dernier mot : on lui dit : Habillez-moi, il

répète seulement, moi, il dit oui, non, merci, tabac, cigaillette (pour cigarette), almète (pour allumette), pain, vin, nez, cayon (pour crayon), bague. On lui demande : Aimes-tu les cigarettes ? Il répond : oui, mochieu... teur (pour docteur). Il ne prononce souvent que la dernière syllabe ; teuil pour fauteuil ; mino pour domino ; teille pour bouteille ; cuit pour biscuit ; ban pour ruban ; von pour savon ; il dit bien porte, sucre, bâton, etc.

L'*intelligence* est très peu développée. A cet égard, il est sur la limite de l'imbécillité prononcée et de l'idiotie légère. Il est propre dans sa tenue, mais il est incapable de s'habiller, de se déshabiller, de boutonner, de lacer, etc.. On essaie de lui faire déboutonner ses bretelles, il n'y parvient pas. Cependant, ainsi que nous l'avons déjà dit, il coud assez bien, il ourle la moitié d'un mouchoir dans sa journée et son point est régulier. Il n'aide en rien pour sa toilette. Il sait le nom de la plupart des objets qui l'environnent. Il ne connaît aucune lettre; fait sur l'ardoise des *n*, des *o*, des *u* et des *chiffres*. Il distingue le rouge, le bleu, le blanc et le noir.

Si on lui donne un objet qui lui fasse plaisir, par exemple une cigarette, il sourit; sur invitation, il fait une révérence en souriant. Sa physionomie hideuse exprime d'ordinaire l'indifférence, même l'hébétude (*fig.* 7 et 8.) La laideur paraît encore plus grande lorsqu'on l'examine de profil (*fig.* 10); son profil rappelle le groin du cochon. D... reste toute la journée assis sur une chaise auprès du feu, jamais il ne demande à se promener. Parfois il réclame du tabac et fait signe qu'on lui bourre sa pipe. Son appétence pour le tabac est d'ailleurs modérée. Questionné sur ce qu'il faisait avant son entrée à l'hospice, il a eu un mouvement d'impatience, a levé les épaules et tourné le dos. De temps en temps, il regarde ce qui se fait autour de lui, mais le plus souvent ne s'en préoccupe pas. Son attention est facile à fixer ; il paraît assez affectueux. Il s'est choisi un autre enfant comme camarade et n'aime pas que les autres enfants viennent autour de lui. Dès qu'il est habillé, il prend sa chaise et la glisse près du feu ; il en prend une seconde qu'il place devant lui et sur laquelle il pose son ardoise et ses pipes.

RÉFLEXIONS. — I. Les renseignements très incomplets que nous possédons sur la famille et sur les antécédents personnels du malade, ne nous éclairent

nullement sur l'*étiologie*. Rappelons seulement l'existence de la *tuberculose* chez le père de Deb., un frère et une sœur.

II. Dans ce cas, de même que dans quelques autres les premiers symptômes de la *cachexie pachydermique, due à l'absence congénitale de la glande thyroide*, auraient été constatés vers trois ans; auparavant l'enfant *paraissait* avoir un développement normal. Peut-être serait-il possible d'en induire que l'apparition de la cachexie pachydermique est retardée par l'alimentation lactée et qu'elle se manifeste au fur et à mesure que l'enfant est soumis à l'alimentation ordinaire.

Une connaissance précise de l'action physiologique de la glande thyroïde est seule capable de trancher la question.

III. Nous croyons superflu d'insister sur chacun des symptômes du myxœdème. Ils se rencontrent tous ici : aspect général, conformation de la tête, état du cuir chevelu (cheveux-crins, brun-roux, eczéma, persistance de la fontanelle, etc. ; bouffissure et faux œdème des paupières, des joues, des mains, des pieds, etc ; présence des pseudo-lipomes, *absence de la glande thyroïde*; volume exagéré du ventre, hernie ombilicale ; absence des appétits sexuels, démarche lourde, pesante, physionomie spéciale, voix rauque, aigre, désagréable, constipation opiniâtre, arrêt du développement des organes génitaux, etc.

IV. Relevons cependant, d'une façon particulière, l'existence chez D..., comme chez la plupart de nos malades, de *lésions scrofuleuses* et de *déformations rachitiques*, intéressant surtout la colonne vertébrale et les membres, complications qui montrent combien

est profonde l'atteinte portée à la nutrition par l'absence de la glande thyroïde.

V. Tous les *idiots myxœdémateux* que nous avons observés présentent la même *physionomie* hébétée, lourde, sans expression. Ce ne sont pas des idiots complets. La *parole*, toujours plus ou moins imparfaite, existe à des degrés divers. Il en est de même de la *mémoire*. L'*attention*, elle aussi, peut être fixée. La *compréhension* est lente, mais non absente. Aussi ces malades sont-ils susceptibles d'une certaine éducation : tous deviennent propres, parviennent à manger seuls, quelques-uns même à se laver, s'habiller, coudre (exemples Graf.. et Deb..), à aider aux soins du ménage (1). Aucun d'eux n'offre les *tics* si fréquents et si multiples chez les idiots par méningite, sclérose, arrêt de développement des circonvolutions, etc.

VI. Le *traitement* que nous avons institué dans les cas de ce genre consiste, au point de vue *pédagogique*, en l'application des méthodes spéciales d'éducation pour les enfants arriérés, au point de vue *médical* en toniqnes, antiscrofuleux, bains salés, douches et gymnastique.

A la suite de notre communication à l'*Association française pour l'avancement des sciences*, nous avons reçu le 15 Août, de M. le Dr Arnaud (de Saint-Gilles,) qui avait assisté à la séance, une lettre dans laquelle il soumettait à notre appréciation un mode particulier de traitement qu'il est bon de signaler :

« M. Brown-Sequard, dit-il, pense, non sans raison peut-être, que les glandes ou du moins quelques-unes d'entre elles,

(1) Ceci a été écrit en 1890 depuis, grace à la médication thyroïdienne, nous avons pu obtenir davantage au point de vue intellectuel (*Note de* 1902).

ont une action encore inconnue sur la nutrition, par suite de certains principes qu'elles verseraient incessamment dans la circulation. N'en serait-il pas de même du corps thyroïde ? Dès lors on s'expliquerait facilement la cachexie consécutive a l'absence de cette glande.

« En outre, cette théorie pourrait conduire à un traitement rationnel de la cachexie pachydermique, le traitement par les injections sous-cutanées (ou même peut-être par l'absorption intestinale) de certains principes empruntés à la glande thyroïde. »

Nous n'avons pu essayer ce mode de traitement, n'ayant plus dans notre service, avant l'admission de Deb..., qu'un imbécile myxœdémateux, Gra..., âgé de 33 ans. C'est peut-être à tenter. Nous rappellerons à ce propos que, d'après Schiff, la greffe péritonéale de la thyroïde procurerait aux chiens une immunité presque complète contre les suites de la thyroïdectomie totale (1). Ses expériences ont été répétées tout récemment par MM. Anton von Eiselsberg et Horsley. Il en résulte encore un nouveau mode de traitement à expérimenter, mais de préférence, suivant nous, chez des malades encore jeunes (2).

1895.

Traitement tyroïdien.

La température rectale (3) du malade prise avec soin à

(1) Schiff (M.) — *Résumé d'une série d'expériences sur les effets de l'ablation des corps thyroïdes* (*Rev. méd. de la Suisse romande*, fév. et août 1884).

(2) Bien que ce travail ait paru dans le nº des *Archives de Neurologie* du 1er février 1890, nous avons cru utile de l'insérer dans le *Compte-rendu de* 1889, afin de le rapprocher du mémoire sur le même sujet qui figure dans ce volume.

(3) Nous prenons la température rectale des malades, la plus facile et la plus sûre. La température axillaire, pour offrir des garanties, exige, en effet, de quinze à vingt minutes : il faut veiller à ce que le bras soit bien appliqué contre le thorax et que le thermomètre reste bien en place, conditions difficiles à réaliser complètement chez les malades ordinaires et, à plus forte raison, chez les enfants et surtout les idiots.

diverses reprises n'a jamais dépassé 37° et a été en général au-dessous de ce chiffre (2). C'est ce que montre le petit tracé qui figure à droite de la PLANCHE VIII (que l'on trouvera à la fin de notre *Compte-rendu de* 1895). Cette planche indique les



Fig. 7. — Deb... avec sa pipe et sa canne (Février 1890).

modifications de la *température* et du *poids* sous l'influence du traitement thyroïdien et l'indication des *doses de glande thyroïde* données au malade. — Le *poids*, relevé tous les six mois depuis l'entrée du malade, a offert la progression suivante :

1890		1891		1892		1893		1894		1895
Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	1er mai, premier jour du traitement.
24.800	25	24.900	25	27.200	28	28.100	28.800	28.600	26.700	29

La *taille* du malade, de 1890 à 1895, a subi les modifications indiquées dans le tableau ci-après:

	1890		1891		1892		1893		1894		1895
	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.
Taille.	0,915	0,915	0,915	0,915	0,915	0,918	0,920	0,930	0,940	0,940	0,940

Le *traitement* a commencé le 31 mai 1895. Nous avons administré un demi-lobe de *glande thyroïde* du *mouton*, coupé en petits fragments, dans du bouillon chaud. Voici un résumé succinct des phénomènes observés :

3 *juin*. — Les paupières sont un peu dégonflées ; les mouvements sont toujours lents ; la parole, le caractère et la voix n'ont pas changé.

4 *juin*. — Deb... pleure parce qu'il éprouve des douleurs dans le ventre et les reins.

5 *juin*. — Les douleurs ont disparu. Les paupières sont encore un peu plus dégonflés, le malade maigrit. Nous donnons un lobe.

7 *juin*. — Amaigrissement notable (2 kg. 300). Apparition de la fièvre (38°,4); pouls : 100; battements du cœur réguliers.

8 *juin*. — En raison de l'amaigrissement rapide et d'une température de 38°, le malade ne prend qu'un demi-lobe. Rien dans les urines. Pouls : 120.

9 *juin*. — Tremblement généralisé, sueurs abondantes au visage. Pouls 120, régulier. État lypothymique. Pas de glande.

10 *juin*. — Demi-lobe. Pouls : 120. Vers 2 heures de l'après-

midi, tremblement, faiblesse et sueurs. Deb... marche difficilement. Sueurs dans la nuit. Urines de vingt-quatre heures : 750 grammes.

11 *juin.* — Pas de glande. Pouls : 120. Haleine fètide, douleur au niveau de l'estomac. Urine : 650 grammes. Le visage est beaucoup moins gonflé, les yeux sont plus ouverts. Erythème des aines dû aux poussées sudorales.



Fig. 8 — Deb... en février 1890.

12 *juin.* — Tremblement de tout le corps sans sueurs, affaiblissement, persistance des douleurs stomacales. Urine : 500 grammes.

13 *juin.* — Dans la nuit, vomissemments alimentaires. La faiblesse des jambes est moins prononcée. Le médicament est suspendu jusqu'au 5 juillet. L'érythème inguinal a disparu.

14 *juin.* — Tremblement des jambes qui oblige de maintenir le malade au lit, pour éviter le retour des faiblesses qui le prennent dès qu'ils se lève. Douleurs abdominales, diminution des tumeurs graisseuses du cou. Urine : 400 grammes. Potion de Todd et caféine.

15 *juin.* — Agitation pendant la nuit : le malade s'est levé sur son lit et voulait battre la veilleuse. Ce matin, il ne se rappelle point ce qui s'est passé. — Urine : 500 grammes. L'appétit est toujours médiocre et le malade se nourrit surtout de lait.

17 *juin.* — Le tremblement a diminué, les douleurs ont

disparu, la température descend à 37° ; le poids n'est plus que de 24 kg. 100. La peau devient moite. Pouls : 120.

20 *juin*. — La langue est moins épaisse, la prononciation est meilleure ; les lèvres sont moins violacées ; la marche, qui, d'habitude, était lente et pesante, semble devenir plus rapide.



Fig. 9.

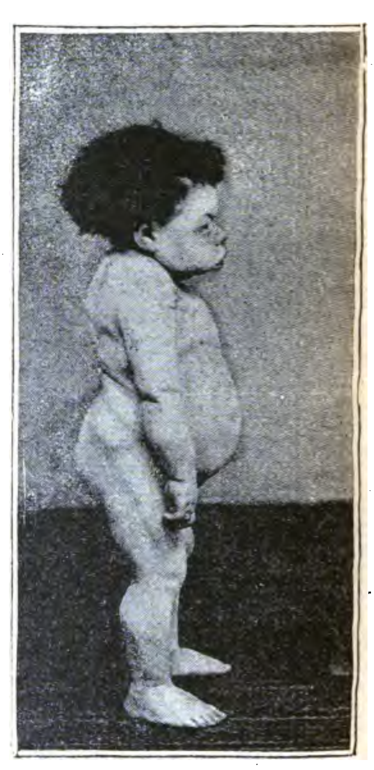


Fig. 10.

Deb... en février 1890.

21 *juin*. — Le malade assiste au concert des frères Lionnet et le soir, sans autre cause appréciable, la température s'élève à 38°.

Durant la suspension du traitement, le poids qui s'était abaissé jusqu'à 24 kg. 100, est remonté à 25 kg. 050. Les uri-

nes se maintiennent aux environs de 500 grammes. Jamais elles n'ont contenu de l'albumine ou du sucre.

5 *juillet.* — Reprise du traitement (demi-lobe). Deb... se met en colère, ce qu'on n'avait jamais vu, et casse sa pipe



Fig. 11. — Deb... en septembre 1895.

parce que l'infirmier examinait ses poches. Le pouls est descendu à 60.

6 *juillet.* — Urine : 500 grammes. Pouls : 60.

7 *juillet.* — La température s'élève de nouveau à 37°,6. Urine : 1 litre. Pouls : 70.

8 *juillet.* — Pouls : 70; T R. 37°,2. Urine : 525 grammes.

9 *juillet.* — La peau du malade reste toujours moite. Avant le traitement, chez lui, comme chez les malades de cette catégorie, la peau était sèche. Les croûtes du cuir chevelu ont complètement disparu. On observe une desquamation de la peau des mains et des pieds. Deb... taquine les infirmiers, par exemple cache leur casquette ; jamais on n'avait noté autant de spontanéité. Diarrhée, douleurs du ventre et du dos, affaiblissement des jambes. Pouls : 120. *Matin :* T. R. 37°,4. — *Soir :* 3°.

11 *juillet.* — Pouls petit : 130 ; T. R. 37°,4. Urine hier : 750, aujourd'hui 500 grammes.

12 *juillet.* — La diarrhée a disparu, la faiblesse des jambes est moindre Pouls : 120. Urine : 500 gr.

13 *juillet.* — Depuis hier soir, coliques, diarrhée, courbature générale. Le malade est affaissé, n'a pas d'appétit. Urine : 500 grammes. Pas de glande. La desquamation de la peau des mains et des pieds continue. Pouls : 120. Urine : 500 grammes.



Fig. 12. — Deb... en septembre 1895.

14 *juillet.* — Demi-lobe. Pouls : 120. Urine : 260 grammes (?).

15 *juillet.* — Pas de glande. Pouls : 120. Urine : 500 grammes. La peau est moite.

16 *juillet.* — Demi-lobe. Pouls : 120. Urine : 500 grammes. Quelques coliques.

17 *juillet.* — Pas de glande. Pouls : 120. Urine : 500 grammes. Coliques, sueurs.

18 *juillet.* — Depuis hier soir, prolapsus du bourrelet hémorroïdaire. Pouls : 100. Sueurs, faiblesse générale. Urine : 560 grammes. — Potion : bismuth, bétol, laudanum. — On supprime la glande thyroïde.

19 *juillet.* — Le bourrelet hémorroïdaire est réduit et la diarrhée a cessé. Pouls : 84.

20 *juillet.* — La physionomie exprime la fatigue. Le poids qui avait augmenté, ainsi que nous l'avons vu, durant la période de suspension du traitement sans revenir toutefois au chiffre primitif, a notablement diminué depuis la reprise du traitement, car il est descendu à 22 kg. 500 ; aussi l'amaigrissement est-il évident : non seulement les pseudo-lipomes ont diminué, mais le ventre est devenu beaucoup moins volumineux : tandis qu'il mesurait au niveau de l'ombilic 0 m. 740, il ne mesure plus que 0 m. 67. La peau des mains demeure moite et devient souple ; les ongles poussent bien plus rapidement et sont plus brillants. Les mouvements sont plus vifs, la parole est moins lente, le malade est moins engourdi. Pouls : 90. Urine : 500 grammes.

28 *juillet.* — Bien que la médication soit suspendue depuis le 18 juillet, le poids a continué de baisser (22 kg. 300). Les *figures* 11 et 12 comparées aux *figures* 8 9 et 10 permettent d'apprécier les changements de la physionomie et l'amaigrissement général.

[Depuis notre communication (1), nous avons repris le traitement à la date du 13 août, le malade ayant gagné 500 grammes et la température descendant à 37° et au-dessous, ainsi que cela existait avant tout traitement. Nous lui avons fait prendre un lobe tous les deux jours jusqu'à la date du 30 septembre : les mouvements et la parole sont plus vifs, l'intelligence est un peu plus éveillée ; D... n'a éprouvé aucun malaise et, depuis le 11 septembre, sa température n'est jamais descendue au-dessous de 37°. Le poids, après avoir diminué du 16 août (22 kg 800) jusqu'au 7 septembre (22 kg. 450), est remonté à 22 kg. 800 (17 septembre) et s'est mainte-

(1) 1er-8 août 1895.

nue à ce chiffre (28 septembre). — *Taille* : 0 m. 965, soit une augmentation de 25 millimètres, alors qu'elle était *stationnaire* depuis plus d'un an.

Voix. — Nous avons fait examiner le malade au point de vue de la voix par M. Sutter, professeur de chant de notre service. Voici la copie de la note qu'il nous a remise : « Avant le traitement, Jules Debarg... n'avait qu'uneé tendue très faible, correspondant à 2°, depuis la dernière observation l'enfant a gagné 4°. »]

1896-1902.

1896. — *Dentition.* Depuis le dernier examen, aucune modification n'est survenue. La dentition a acquis un développement complet. Les dents permanentes ont achevé leur éruption et il n'y a plus de traces des dents temporaires. Toutes les molaires, sous l'influence de la carie, continuent à se désagréger progressivement. Leurs couronnes sont en partie détruites.

1897. — Il n'est survenu durant cette année, aucun accident.

1898. *Juillet.* — *Puberté.* Le visage, les aisselles et le tronc sont glabres. — Quelques poils noirs, rares, à la racine des bourses. Phimosis. Verge : long. 6 cm., circonf. 7 cm. Testicules de la grosseur d'un œuf de merle.

1900. — *Puberté* : Les moustaches commencent à se dessiner, les poils du pubis sont un peu plus longs et plus abondants. Verge : long. 7 cm., circonf. 9 cm.; même état des testicules. Hémorrhoïdes persistantes.

1901. *Mai.* — Œdème temporaire des paupières, surajouté à leur bouffissure habituelle. Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine (*Fig.* 3, 4 et 5).

Décembre. — *Puberté.* Le tiers moyen de la lèvre supérieure est presque glabre ; de chaque côté existe un fin duvet, formant une bande de 4 sur 10 mm. Rien aux joues ni au menton. Rien aux aisselles. — Bande de poils très rares à la partie moyenne du pénil. De chaque côté de la verge, quelques poils bruns plus longs, for-

mant une sorte de bouquet. Verge : long. 7 cm. 1/2, circonf. 8 cm. Prépuce un peu long, gland non découvrable, méat un peu étroit. Jamais d'onanisme. (*fig.* 13, 14 et 15).

1902. — 18 *février*. A 4 heures de l'après-midi, Deb... était auprès de la surveillante, à l'infirmerie, appuyé à la table, le dos



Fig. 13. — Deb... en 1901.

tourné au foyer selon son habitude. Subitement il devient violacé. Aussitôt on le déshabille et on le couche. Il se jette en arrière, les membres supérieurs s'allongent et se raidissent; la respiration devient de plus en plus courte, il meurt en quelques minutes sans prononcer une seule parole. L'interne de garde, appelé, ne peut que constater le décès. Poids après décès: 36 kg. 200.

Le matin et jusqu'au début des accidents mortels, Deb... n'avait rien offert de particulier. Il avait déjeuné comme d'ordinaire. A 2 heures il avait fumé une cigarette et mangé des bonbons.

Température après la mort.

		T. de la salle.
1/4 d'heure après	34°	
1 heure —	30°	
2 — —	30°	
3 — —	30°	
4 — —	29°	
5 — —	29°	
6 — —	25°	
7 — —	22°	
8 — —	20°	
9 — —	20°	
10 — —	18°	
11 — —	14°	
12 — —	13°	
13 — —	13°	
14 — —	13°	— Salle 16°
15 — —	13°	— Salle 16°
16 — —	13°	— Salle 16°
18 — —	13°	— Chambre 13°.
19 heures après	13°	— Chambre 13° [1].

Le malade est mort avec une *hypothermie* très accusée. La température du cadavre est descendue à 13°, c'est-à-dire à 3° au dessous de celle de la salle. Nous avons constaté plusieurs fois cet abaissement de la température cadavérique au-dessous de la température du milieu ambiant.

19 *février*. — Etat de la *rigidité cadavérique,* 19 heures après la mort :

Membre supérieur gauche : rigidité moyenne de l'épaule, très légère du coude, très forte du poignet ; raideur des doigts qui sont infléchis.

Membre supérieur droit : raideur de l'épaule, moindre au coude, raideur du poignet, bien moins prononcée qu'à gauche ; doigts un peu raides, infléchis. L'index droit est le siège d'une tourniole, phlyctène affaisée avec un peu de pus au-dessous. La partie postérieure et interne des membres supérieurs présente une coloration rouge vineuse.

Membre inférieur gauche : rigidité de la hanche assez prononcée, simple raideur du genou, plus prononcée au cou-de-pied. Orteils souples.

Membre inférieur droit : simple raideur de la hanche, du genou et du cou-de-pied ; doigts souples.

[1] Suivant le règlement administratif, les corps morts doivent rester un certain temps dans la salle de l'infirmerie. Nous avons pris l'habitude de les placer ensuite dans une chambre spéciale.

L'ensemble de la peau est jaune, le ventre est ballonné ; les lèvres sont bleu pâle. Comme on le voit, la *rigidité* est plus prononcée à droite qu'à gauche ; jusqu'à 8 heures du soir les membres étaient souples. Le cou était rigide.

20 *février*. — *Membre supérieur gauche :* rigidité assez prononcée



Fig. 14. — Deb... en 1901.

de l'épaule, très prononcée du coude ; rigidité assez prononcée des articulations métatarso-phalangiennes. Les doigts commencent à être mous.

Membre supérieur droit : épaule molle, coude et poignet rigides, ainsi que les articulations métatarso-phalangiennes. Les doigts sont un peu raides.

Membre inférieur droit: rigidité très prononcée de la hanche et du cou-de-pied. Les orteils sont raides.

Membre inférieur gauche : rigidité moyenne de la hanche, plus

	1896		1897		1898		1899		1900		1901		1902	
	janvier	juillet	janvier	juillet	janvier	juillet	janvier	juillet	janvier	juillet	janvier	juillet	janvier	juillet
Poids.	28k	27k200	29k	28k500	29k700	30k	30k200	33k	32k	33k500	34k	35k	35k7 0	
Taille.	0m965	0.965	0.965	0.965	0m965	0m97	0m97	0m97	0m97	0m97	0m99	1m	1m05	

prononcée au genou et au cou-de-pied; les orteils sont flasques. La colorationviolacée des ecchymoses a plutôt diminué. Le ventre est toujours très gros.

7 heures après l'autopsie on ne note plus aucune rigidité.

Autopsie faite le 26 février, 41 heures après la mort.

TÊTE. — *Cuir chevelu* très épais, assez adhérent au crâne offrant une suffusion sanguine assez prononcée sur toute son étendue. — *Os du crâne* épais: la coupe est injectée de sang ainsi que toutes les sutures. Pas de synostose, *persistance de la suture métopique*.

La *dure-mère*, plutôt mince, ne présente rien de notable. — La *glande pituitaire*, sans exagération de volume, est ramollie.— La *fosse turcique*, dont le bord supérieur est très saillant est complètement envahie par du sang. — L'*apophyse cristagalli* est mince. Quand on a détaché l'encéphale, les fosses temporales se sont remplies de sang noir. On recueille 67 gr. de sang dans les fosses occipitales. Les différentes fosses de la base sont symétriques. Les artères vertébrales, le tronc basilaire, les cérébrales postérieures, les artères cérébelleuses et les artères sylviennes sont distendues par le sang. — Les *nerfs olfactifs* sont volumineux, surtout à leur extrémité antérieure. Les autres nerfs, les tubercules mamillaires, les pédoncules cérébraux, les artères sont égaux et symétriques.

Cerveau. — HÉMISPHÈRE DROIT. *Face convexe:* — La *première circonvolution frontale* (F[1]) se termine en arrière par une sorte de

fourche (*ff*); elle parait un peu grêle par rapport à F^2 qui est plus large et bien plus sinueuse. Sur tout le lobe frontal, il n'y a qu'un pli de passage entre F^2 et F^3, — La *frontale ascendante*, FA, est volumineuse et assez sinueuse ainsi que PA. Le *sillon de Rolando*, SR, est très tortueux, sans interruption. Les *plis pariétaux*, supé-



Fig. 16. — Deb... en 1901[1].

rieur, P^1, et inférieur P^2, sont assez volumineux ainsi que le pli courbe, PC et le lobe occipital LOC. Le *pli courbe* envoie un pli de passage au lobe occipital qui est assez développé, Le *lobe temporal* a ses circonvolutions plutôt volumineuses. Les lèvres de la *scissure de Sylvius* sont presque en contact et ne laissent voir que la pointe du lobule de l'insula avec quatre digitations, sans compter les trois prolongements qu'envoie en arrière la T^1 (PLANCHE III).

[1] Nous avons publié une série de ses photographies en 1889 et en 1896 (Voir *Arch. de Neurolog.*, 1890, n° 1, et *Comptes rendus de Bicêtre* de 1889, p. 172; 1895, p. 169.

Face interne. — La *corne d'Ammon*, les *circonvolutions* CH et TO sont un peu grêles et s'envoient un pli de passage, F[1], CCC, LP et le lobe carré, LQ, sont bien développés, le coin, C, est petit. Le *corps calleux*, CC, le *corps strié*, CS, la *couche optique*, CO, et le *ventricule latéral* n'ont rien à noter (Pl. IV).

En résumé le cerveau est assez volumineux et lourd. Les circonvolutions sont développées mais n'offrent que de rares plis de passage. Les sillons paraissent d'une profondeur à peu près normale. Il n'y a, pas, macroscopiquement, trace de méningo-encéphalite.

COU. — *L'examen le plus attentif ne fait découvrir aucune trace de la* **glande thyroïde**. Il n'y a pas de trace du *thymus*.

THORAX. — Les *poumons* sont normaux. On recueille 50 gr. de liquide dans la plévre droite et 180 gr. dans la cavité péricardique. — *Cœur* volumineux; les cavités et les valvules sont normales. Le trou de Botal est oblitéré. Le cœur droit est un peu dilaté. Plaque atéromateuse de 2 cm. de longueur sur l'aorte.

ABDOMEN. — L'*estomac*, les *intestins* ne paraissent le siège d'aucune lésion. — Le *foie* est un peu congestionné et il y a des plaques de péri-hépatite à la face supérieure du lobe droit. Vésicule biliaire, rien. — *Rein droit* hyperhémié. — *Rein gauche* lobulé, très congestionné, présentant une série de dépressions circonscrivant 4 ou 5 gros lobes. Signalons aussi une série de petits *kystes* variant d'un pois à une tête d'épingle, situés aux limites des zones corticale et pyramidale. Aucune lésion des *capsules surrénales*.

MESURES DE LA TÊTE[1]	1900, 1901, 1902 janvier
Circonférence horizontale maxima	54.5
Demi-circonférence bi-auriculaire	35
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez	39
Diamètre antéro-postérieur maximum	20
— bi-auriculaire —	12.5
— bi-pariétal —	14.5
— bi temporal —	11.5
Hauteur médiane du front	4.5

[1] Les mensurations de 1890 à 1899 se trouvent dans les publications antérieures.

La *mort* est due à une *syncope* provoquée sans doute par *l'hydropisie du péricarde*, qui ne s'était traduite par aucun symptôme, puisque le malade allait et venait comme d'habitude, avait mangé à son ordinaire, ne se plaignant de rien.

POIDS DES ORGANES

Encéphale	1245	grammes.
Hémisphère cérébral droit	543	»
Hémisphère cérébral gauche	550	»
Cerveau	1093	»
Hémisphère cérébelleux droit	67	»
Hémisphère cérébelleux gauche	67	»
Bulbe et protubérance	18	»
Cervelet et isthme	152	»
Moëlle épinière	non prélevée.[1]	
Corps thyroïde	ABSENT	
Thymus	pas.	
Cœur	235	»
Poumon droit	230	»
Poumon gauche	215	»
Foie	1025	»
Rate	100	»
Rein droit	125	»
Rein gauche	125	»

Etude du squelette de Deb...; par G. PAUL-BONCOUR.

(*Fig.* 16, 17 et 18).

Nous nous sommes attachés à relever un certain nombre de faits qui nous ont paru dignes d'attirer l'attention. Certes, beaucoup d'entre eux ont été signalés, mais on n'a pas toujours essayé d'en indiquer la genèse et d'en préciser le mécanisme.

Les modifications squelettiques consécutives à une affection morbide obéissent aux lois ordinaires de la mécanique normale. Seulement quand il s'agit d'interpréter les faits, il faut constamment tenir compte de l'influence pathologique qui les exagère ou les transforme. C'est ce que nous avons essayé de montrer. Pour bien mettre en relief les anomalies, les modifications, les arrêts de développement, nous avons jugé utile d'employer des mensurations exactes. En parcourant certaines descriptions de squelettes de myxœdémateux, on regrette que les auteurs se soient générale-

[1] Comme le corps ne devait pas être réclamé et que, *a priori*, la moelle pouvait être présumée *saine*, afin d'avoir le *squelette* en bon état, nous n'avons pas ouvert le canal rachidien.

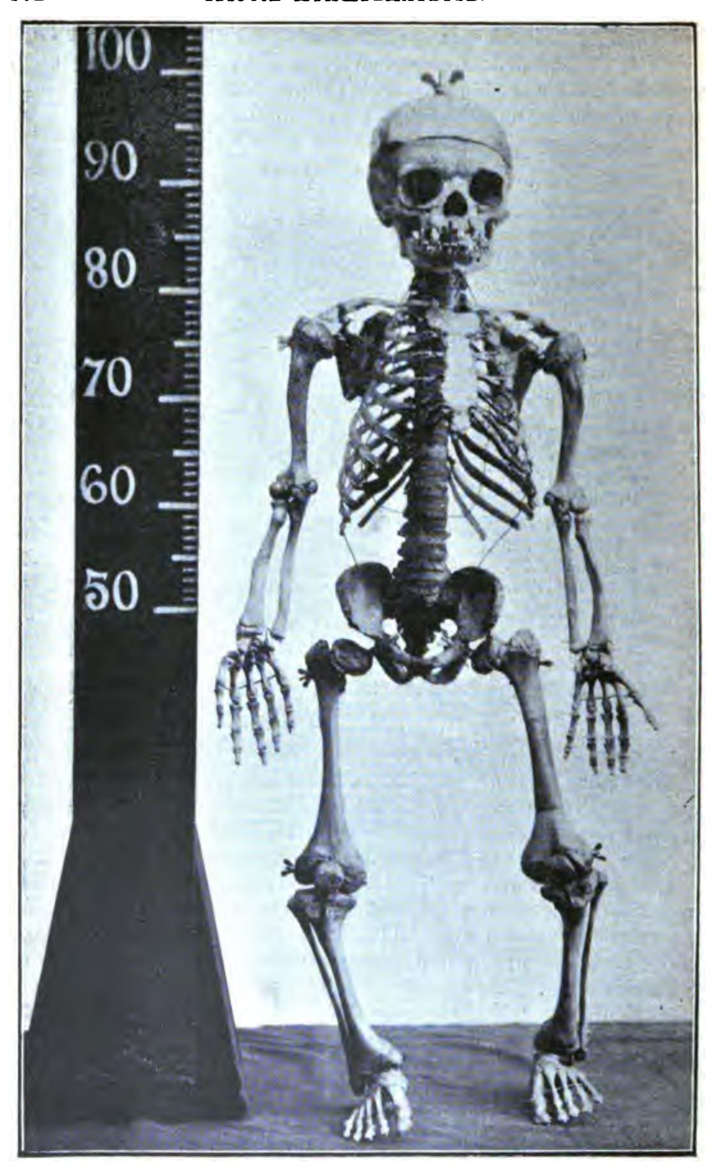


Fig. 16. — Squelette de Deb...

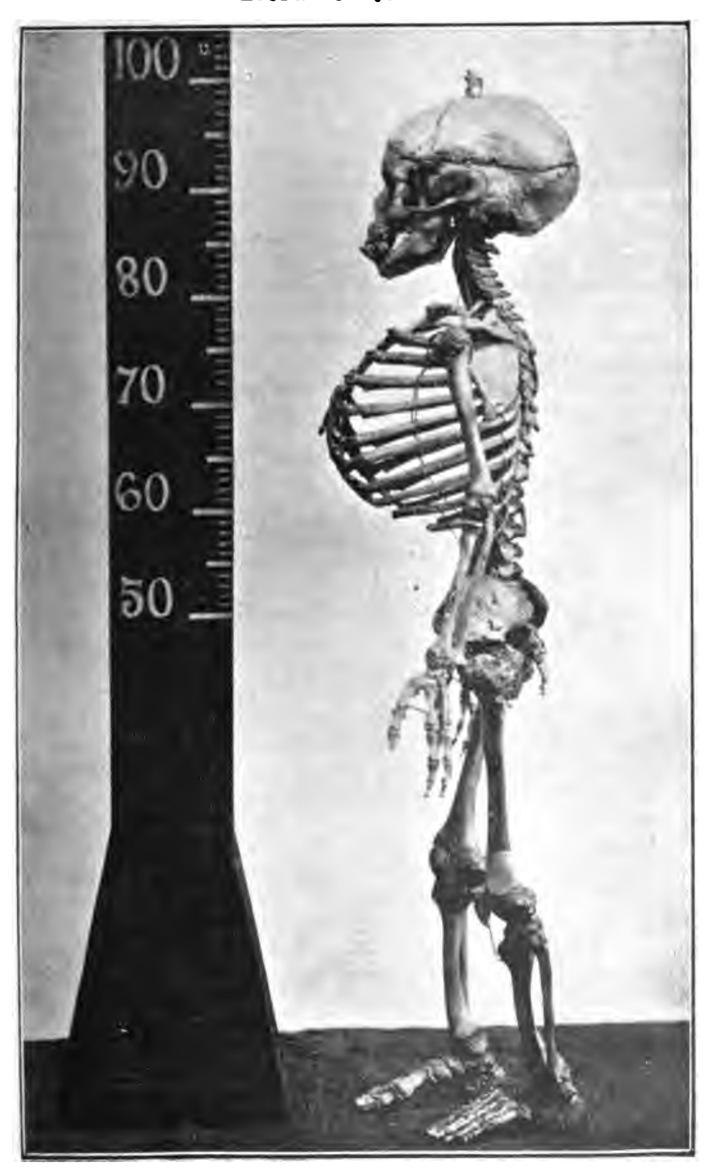


Fig. 17. — Squelette de Deb...

ment bornés à apprécier à vue d'œil le degré d'atrophie ou d'hypertrophie de telle ou telle partie. D'abord cela n'offre aucune garantie en raison des erreurs qui en découlent indiscutablement; en second lieu, on ne peut comparer le cas particulier aux moyennes générales; enfin il n'est pas possible de comparer les divers cas de cette affection entre eux.

C'est dans ce but que nous avons autant que possible, mis en regard de nos remarques, des mensurations rigoureuses, afin de pouvoir les comparer, lorsque la chose était nécessaire, à des moyennes normales. Nous n'avons pas utilisé toutes les mesures que nous avons recueillies, mais nous les faisons néanmoins figurer dans ce travail pour permettre aux médecins, désireux d'employer une méthode exacte, de comparer leurs cas au nôtre [1]. Ajoutons enfin que la technique employée est celle qu'on enseigne et qu'on applique constamment au laboratoire d'anthropologie de l'Ecole des Hautes Etudes.

TÊTE. — A première vue deux particularités s'imposent.

1° Le grand développement du crâne dans le sens antéro-postérieur; — 2° sa faible hauteur.

Précisons ces particularités par des mesures:

Le diamètre antéro-postérieur maximum est de 186 millimètres.

Le diamètre antéro-postérieur métopique de 184 millimètres.

La courbe partant de l'ophryon pour aboutir à l'inion égale 304 millimètres.

La hauteur totale du crâne est de 103 millimètres.

Cette dernière dimension est considérablement réduite et la vue du dessin stéréographique du crâne indique immédiatement la cause de cette déformation : il existe un abaissement considérable de la base crânienne tel que le trou auditif A correspond exactement au basion B (bord antérieur du trou occipital). Or, sur un crâne normal, ces deux points sont situés à des hauteurs différentes. La hauteur dn trou auditif au vertex est chez un individu normal d'environ 126 millimètres (Papillault). Dans notre cas, cette dimension est considérablement réduite et notons qu'elle représente également la hauteur totale du crâne par suite de la particularité que nous avons précédemment indiquée. Nous avons fait remarquer que le crâne a des dimensions considérables dans le sens antéro-postérieur: comparons nos mensurations à celles d'un homme moyen (Papillault); celui-ci présente un diamètre antéro-

[1] Le dessin au stéréographe qui figure ici a le double avantage de donner une reproduction fidèle du crâne, et de permettre à ceux qui ne disposeraient pas du crâne de compléter nos mensurations d'une façon rigoureuse. (PL. III).

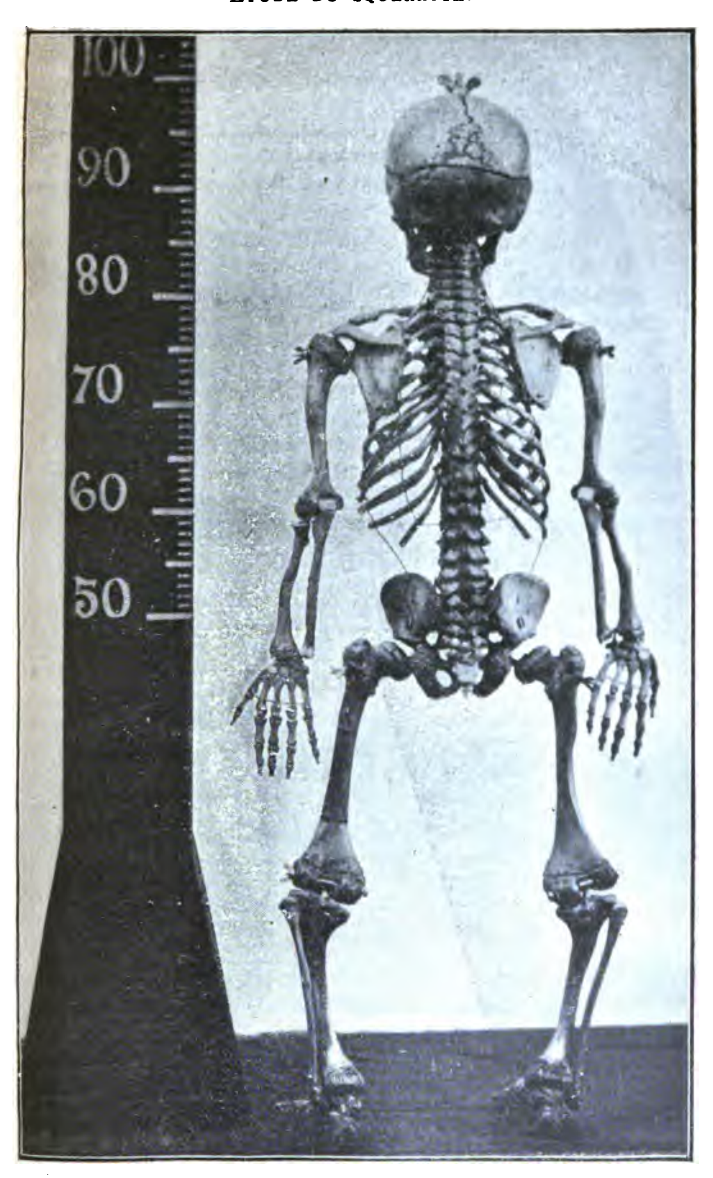


Fig. 18. — Squelette de Deb...

postérieur maximum de 184,2 et un diamètre antéro-postérieur métopique de 182,9. Les dimensions du crâne de Debarg.. sont donc supérieures.

Le diamètre antéro-postérieur maximum part en avant de la glabelle, dont la saillie est précisément une cause importante de son augmentation. Or, chez notre sujet, cette saillie glabellaire fait défaut, ce qui n'empêche pas le diamètre maximum d'être encore supérieur à celui d'adultes normaux et à saillie forte. Remarquons encore que, malgré la faible saillie glabellaire, le diamètre métopique est inférieur au diamètre glabellaire. Cette constatation a son intérêt, car on voit écrit parfois que les myxœdémateux conservent un front infantile ; c'est une erreur, tout au moins partielle. Il y a bien un caractère infantile : l'absence de la glabelle, mais il n'y a pas, comme chez l'enfant, la supériorité de diamètre métopique. Si la glabelle eût été prononcée, il eût existé une inclinaison considérable du front.

Examinons maintenant les dimensions transversales du crâne. Nous mettons entre parenthèses les dimensions correspondantes d'un individu normal. Le crâne de Deb... présente donc une légère diminution de ses diamètres transversaux. Mais elle est beaucoup moins marquée que celle des dimensions verticales de l'os.

Diamètre bilatéral frontal (distance entre le centre des deux bosses frontales)	63	(63,5)
Diamètre frontal minimum	100	(104,6)
Diamètre bilatéral pariétal	132	(139,8)
Diamètre tranverse maximum	137	(152,5)
Diamètre bimastoïdien	129	(131,2)

Examen extérieur de la voûte crânienne. — Toutes les sutures persistent y compris la suture métopique. Les sutures coronales sont peu compliquées : les dentelures sont courtes et régulières. Les temporaux ne sont nullement adhérents aux os circumvoisins et il suffirait d'une faible pression pour les détacher. La suture sagittale est plus irrégulière et a des dentelures plus compliquées. La suture lambdoïde est extrêmement compliquée et présente de nombreux os wormiens. A la partie terminale de la suture sagittale il y a cinq os wormiens dont trois sont volumineux.

Au niveau de la suture coronale, du côté droit il y a un certain nombre de petits os wormiens. Au voisinage du temporal il y en a deux grands.

Si l'on admettait l'opinion de certains anatomistes qui veulent voir dans les os wormiens un excès d'ossification, leur présence sur ce crâne resterait inexplicable. Mais nous savons grâce aux travaux de Manouvrier (*Variations normales et anomalies des os nasaux* in *Société d'anthropologie*, 1893) et de Papillault (*Suture métopique*,

id., 96) que les os wormiens sont la preuve que les os normaux ont été, à un moment donné, incapables de remplir leur rôle. Les parties membraneuses ont été envahies à la longue par l'ossification de centres supplémentaires, qui donnent les os en question. Pour un os crânien, cette impossibilité de suffire à la tâche peut provenir d'un manque de pouvoir ostéogénique, comme elle peut être engendrée par un excès de pression intra-crânienne (hydrocéphalie, volume relativement élevé de l'encéphale); le résultat est le même. Dans notre cas particulier, il y a une double raison pour que ces conditions se présentent : le myxœdème s'accompagne d'un trouble considérable du pouvoir ossificateur et, de plus, la boîte cranienne renfermait une masse encéphalique relativement volumineuse puisqu'elle pesait 1245 grammes. Et n'oublions pas (ce qui est important) que le sujet n'avait qu'un mètre cinq centimètres de taille (1 m 05) et que son poids égalait 35 kilogr.

L'os occipital est légèrement saillant : il semble l'avoir été davantage lors des premiers examens de Deb... à son arrivée à Bicêtre, car la proéminence du bord supérieur de l'os avait attiré l'attention. La présence des os wormiens situés à ce niveau marquerait assez bien la persistance d'une partie membraneuse qui se serait ossifiée dans la suite à l'aide du processus snpplémentaire que nous avons signalé plus haut. Cette saillie est en rapport avec la poussée que le poids encéphalique a fait subir à la base d'une façon générale et naturellement aux parties latérales voisines de cette base. C'est ainsi que le diamètre transverse est situé très bas et se confond presque avec le diamètre bimastoïdien.

Nous serions assez portés à attribuer une dépression située en arrière du bregma à l'inflexion de la base du crâne combinée avec la persistance anormale de la membrane fontanellaire. La fontanelle antérieure était encore ouverte lorsque Deb... avait vingt ans (voir observation) elle s'est donc obturée fort tard. Mais lorsqu'elle a été envahie par l'ossification, le cerveau avait déprimé la base crânienne et n'exercait aucune pression contre le paroi supérieure. Celle-ci a, d'ailleurs, une épaisseur considérable qui semble bien dénoter qu'aucune pression ne s'est opposée à l'ossification : mais dans ces conditions la membrane fontanellaire était déprimée et c'est dans cette situation qu'elle a été envahie par l'ossification. A ce niveau on retrouve d'ailleurs une transparence très nette de la calotte. Telles sont les raisons qui permettent d'émettre cette hypothèse sur la nature de cette déformation.

Base du crâne. — L'affaissement de la base du crâne méritait d'être mesurée exactement. C'est pourquoi nous avons dessiné avec l'aide de M. Papillault, professeur à l'École d'anthropologie, le crâne au stéréographe et mené les lignes qui permettent de mesurer d'une façon mathématique l'inclinaison des différentes

parties du crâne par rapport au plan orbitaire ou par rapport au clivus (PL. III).

Voici nos valeurs angulaires et en regard celles d'un individu normal :

Angle clivo horizontal (1)	63° —	70°8
Angle pétro clivien (2).	47°5 —	57°
Angle opistho clivien (3)	37°5 —	55°
Angle inioclivien (4).	58°5 —	59°5
Angle orbito horizontal (5)	157°5 —	149°9

On voit de suite l'exagération de la plupart de ces angles : en se reportant à la planche on en comprendra aisément la signification (Pl. V).

Seul l'angle 5 que forme la paroi supérieure de l'orbite avec l'horizontale HH' est supérieur chez Deb...; et de fait en examinant la face endocranienne à ce niveau on s'aperçoit que l'enfoncement a lieu uniquement sur la ligne médiane d'ou la profondeur des fosses ethmoïdales (E). Les parties latérales (face supérieure de la voûte orbitaire) sont peu déprimées. Faut-il attribuer cela à la résistance offerte par l'appareil de la vision ? Ou bien le cerveau s'est-il appuyé de préférence dans le large intervalle fourni par la paroi supérieure des fosses nasales? Ou encore le cerveau s'est-il porté plutôt vers les parties postérieures de la base, comme l'indiquerait le front fuyant du malade et la saillie de l'occipital ? Toutes ces conditions peuvent d'ailleurs coexister.

Endocrâne. — Sur la voûte on remarque que les sillons destinés à recevoir les arborisations vasculaires sont extrêmement marqués. La large gouttière destinée à loger le sinus de Breschet est donc particulièrement profonde. Il en est de même des différentes dépressions ou excavations qui remplissent la face interne de la voûte cranienne. La mollesse du tissu osseux a permis aux organes de se mouler aisément sur la surface. Les trous qui traversent les parois sont la plupart du temps (surtout les trous vasculaires) démesurément larges.

Nous avons déjà parlé de la profondeur des fosses ethmoïdales. La lame criblée, très large, comme le sont d'ailleurs les fosses nasales, est située à deux centimètres au-dessous d'un plan s'appuyant sur la face supérieure des fosses orbitaires. On voit sur la planche cette différence de niveau : Or, représente la voûte orbitraire, E la fosse ethmoïdale. La partie médiane du sphénoïde est également déprimée et forme avec les petites ailes très relevées à leur partie externe une concavité supérieure : la partie déclive se continue avec les fosses ethmoïdales. L'aplatissement de cette partie a pour conséquence un léger aplatissement des trous optiques et une certaine étroitesse de la fente sphénoïdale.

Au niveau de l'étage moyen, on remarque que les trous ovale et

petit rond sont confondus. Les cloisons qui séparent ces trous sont d'abord cartilagineuses, puis elles subissent au fur et à mesure une transformation osseuse. Chez notre sujet le retard de l'ossification a laissé persister cet état fœtal. Il existe sur toute la surface endo-cranienne des éminences et des dépressions dénotant que l'activité périostée a cependant été suffisante pour produire de l'os, aux points où la pression encéphalique ne s'exerçait pas. D'ailleurs le retard de l'ossification est bien moins marqué et même parfois complètement absent dans les points où la croissance était interstitielle. Au niveau des sutures, le retard est plus accusé et surtout avait été très marqué au début, comme l'indique des faits de l'observation clinique (persistance de la fontanelle) et les particularités relevées au cours de notre examen (os wormiens). La suture sphèno-basilaire n'est nullement synostosée : il y a eu, à ce niveau, un arrêt complet de croissance, aussi la distance du basion à la suture n'est-elle que de 19 millimètres : c'est là la persistance d'un caractère véritablement infantile. Nous retrouverons cette différence entre les deux modes d'ossification encore plus prononcée au niveau des os des membres. Signalons aussi une particularité qui peut dépendre d'un défaut d'ossification : la partie antérieure de l'apophyse crista-galli n'est pas reliée au niveau de sa base à la face postérieure de l'os frontal : il y a un espace vide qui communique directement avec les fosses nasales. A ce niveau, les deux portions du frontal se terminent en formant une pointe en forme de V dont la pointe est dirigée en bas. Les deux portions qui constituent le frontal sont visibles et leur ligne de réunion sépare en deux parties égales l'angle limité par les branches contiguës des V osseux signalés à l'instant.

Face. — L'atrophie du massif facial est considérable : minceur des apophyses zygomatiques, faible développement de l'os malaire et du maxillaire supérieur, absence des arcades dentaires, tout cela est très marqué. Les quelques mesures suivantes permettent de s'en rendre compte.

Diamètre bizygomatique.	119	millimètres
Diamètre bimalaire	97	»
Hauteur ophryo-alvéolaire.	64	»
Distance du nasion à l'alvéole	53	»
Hauteur spino-alvéolaire.	13	»
Largeur maxima de l'orifice nasal	23	»
Hauteur maxima de l'orifice nasal	25	»
Largeur interorbitaire.	27	»
Largeur des os du nez à leur partie supérieure	13	»
Largeur des os du nez minima.	10	»
Largeur à leur partie supérieure.	18	»
Longueur externe des os nasaux..	22	»
Longueur interne	15	»

Nous donnons de suite quelques-unes des dimensions normales de cette même région, indiquées par M. Papillault, dans son travail sur la suture métopique (*Mémoires de la Société d'Anthropologie*, 1896).

	CHEZ LES HOMMES	
	non métopiques	métopiques
Largeur interorbitaire.	25,0	27,16
Largeur supérieure des os nasaux. .	12,19	12,56
Largeur minima	9,24	9,08
Largeur inférieure	17,50	16,33
Longueur latérale.	22,88	23,62
Largeur maxima de l'orifice. . . .	23,99	23,91

Chez Deb... on voit immédiatement l'élargissement des diamètres transversaux de la région nasale, malgré la diminution de la hauteur de la région. En effet, nous avons vu que nos hauteurs étaient 64 millimètres pour la hauteur ophryo-alvéolaire, 53 millimètres pour la hauteur naso-alvéolaire.

Sur les crânes de Papillault les mêmes dimensions sont :

	POUR LES CRANES	
	non métopiques	métopiques
Diamètre ophryo-alvéolaire . . .	84,59	85,79
Diamètre naso-alvéolaire	68,94	70,05

La cause de cet élargissement est le résultat de deux mécanismes absolument différents, suivant qu'on considère la région supérieure ou la région inférieure de cette partie de la face. La partie supérieure est encore soumise à l'influence de la masse cérébrale. La non soudure de la suture métopique a donc permis l'écartement des deux parties de l'os frontal sous l'action de la masse encéphalique et de même que nous avons vu précédemment l'élargissement des fosses ethmoïdales, nous constatons l'élargissement du diamètre interorbitaire.

A la partie inférieure, l'élargissement de la région ne dépend que de l'arrêt de développement du maxillaire supérieur, l'écartement des deux bords antérieurs de l'apophyse montante n'est qu'un trouble d'évolution, c'est la persistance d'un état infantile.

On a remarqué aussi l'agrandissement des diamètres transversaux des os nasaux. Cela ne veut pas dire que ces os aient réellement des dimensions supérieures. C'est en vertu d'une adaptation particulière que cet élargissement se produit. Réunis par leurs bords internes, les os nasaux forment normalement un angle dièdre ouvert en arrière. Si la partie qu'ils ont à recouvrir s'élargit, leur angle s'ouvre et finalement, toujours réunis par leurs bords internes, ils forment ou peu s'en faut une surface plane. L'absence de l'angle dont la saillie forme le dos du nez est la raison de

l'aplatissement de la région chez le *myœdémateux*. Venant d'indiquer la cause de l'élargissement de l'espace interorbitaire, nous avons ainsi signalé complètement la raison d'être du faciès des myxœdémateux, souvent attribué à d'autres motifs par ceux qui ne se donnent pas la peine de mesurer et de comparer.

Ce qui est encore particulier, c'est l'absence complète des arcades alvéolaires. Il ne faut pas dire, comme on le fait parfois, leur disparition, puisque c'est un arrêt de développement.

A première vue, il semblerait que la voûte palatine fut considérablement agrandie transversalement et antéro-postérieurement, mais c'est l'absence de la saillie alvéolaire qui exagère cette impression.

Largeur de la voûte maxima.	42	mm.
Largeur minima.	33	»
Longueur de la voûte.	50	»

La largeur maxima est située à la hauteur de la première molaire, la largeur minima à la hauteur de la dernière molaire. Ceci indique donc la forme en fer à cheval de l'implantation des dents. Cette absence d'arcade dentaire n'a cependant pas empêché la poussée, tardive il est vrai, des dents (voir Observation) ; le fait est d'autant plus curieux qu'on fait souvent remarquer que les arcades sont liées à l'évolution dentaire, nous voyons un exemple pathologique de leur indépendance. Les dimensions orbitaires sont les suivantes :

Largeur	35
Hauteur	33

Le maxillaire inférieur nous fournit un exemple remarquable d'adaptation mécanique. Tout d'abord voici quelques dimensions :

Largeur bicondylienne	130	millimètres.
Largeur bigoniaque.	84	»
Largeur mentonnière	43	»
Hauteur symphysienne	27	»
Hauteur molaire	16	»
Longueur de la branche horizontale . . .	63	»
Branche montante, longueur	49	«
» » largeur	23	»
Angle de la mâchoire.	138°	
La face postérieure de la mâchoire (portion symphysienne) fait avec l'horizontale un angle de.	127°.	

Chez Debar..., la mandibule s'est modifiée de façon à se mettre en rapport avec la mâchoire supérieure et pour cela : 1° elle s'est

allongée en exagérant l'ouverture de son angle; 2° les dents incisives ayant besoin de se mettre en contact avec les incisives supérieures, l'os s'est pour ainsi dire tordu, renversé en avant de manière que sa face postérieure (à la symphyse) regarde très obliquement en haut et en arrière. L'inclinaison de cette face forme avec l'horizontale l'angle que nous avons signalé.

Malgré ses faibles dimensions cet os s'est adapté à sa fonction masticatrice. C'est la démonstration pathologique de cette loi énoncée par M. Papillault (Homme moyen) : la mandibule est un os qui semble avoir fort peu d'autonomie, nul autre ne s'adapte plus rapidement aux exigences de sa fonction et aux organes qui le touchent de près.

Le *thorax* est aplati transversalement et le sternum est projeté en avant. La courbe des côtes est à peine accentuée. La déformation thoracique est en rapport avec celle de la colonne vertébrale qu'on a décrite dans l'observation prise durant la vie du sujet. Nous donnons néanmoins quelques mensurations, mais elles ont peu de valeur puisque les inflexions de la colonne ont disparu : on n'en a pas tenu compte en montant le *squelette*. Voici quelques mesures des régions thoracique et vertébrale :

Longueur de la clavicule (en projection) .	94	millimètres.
Diamètre biacromial	231	»
Diamètre postérieur du thorax (maximum)	195	»
Diamètre transverse (maximum)	165	»
Longueur du sternum.	145	»
Largeur (à la base) du sternum.	49	»
Colonne vertébrale. — Segment cervical.		
Longueur totale. . . .	91	»
Longueur en projection	87	»
Segment dorsal.		
Longueur totale. . . .	170	»
Longueur en projection	160	»
Segment lombaire.		
Longueur totale. . . .	121	»
Longueur en projection	118	»

Le *bassin* présente une petitesse remarquable, on peut en juger par les proportions suivantes :

Largeur maxima du bassin (bord externe des crêtes iliaques).	161	millimètres.
Largeur bi-iliaque (épines ant,-sup.), . . .	135	»
Largeur biiliaque inférieure	117	»

Hauteur maximum du bassin (ischion à crête iliaque)	117	millimètres.
Hauteur du promontoire au-dessus du pubis	49	»
Diamètre promontopubien	54	»
Diamètre transverse du détroit supérieur .	73	»
Diamètre oblique	68	»
Détroit inférieur :		
Diamètre sacro-sous-publien	46	»
Largeur biischiatique	45	»
Hauteur symphysienne	30	»
Hauteur de la face antérieure du sacrum (en projection)	72	»
Diamètre transverse du corps de la troisième vertèbre lombaire	36	»
Hauteur du corps de la première lombaire.	11	»

Par la *vue du squelette* (*Fig.* 16, 17 et 18) et par l'examen des mesures précédentes, on s'aperçoit qu'on se trouve en face et d'une cage thoracique étroite et d'une colonne lombaire courte et d'un bassin rétréci dans tous les sens : cette disposition explique la saillie abdominale considérable toujours signalée chez les myxœdémateux. Il y a peut-être de la faiblesse des parois abdominales, mais il y a aussi et surtout un manque de proportions entre les parois osseuses et le développement du système viscéral. Celles-là servent normalement à supporter et à contenir les viscères, mais si leurs dimensions les rendent insuffisantes, il est tout naturel que la masse contenue fasse saillie en avant, puisque c'est la seule direction où cela lui soit possible.

On relève sur le *bassin* un certain nombre de points encore cartilagineux; par exemple les épines iliaques antérieures et inférieures. La cavité cotyloïde est cartilagineuse et incomplètement formée (petite profondeur, absence de sourcil, élargissement par défaut d'ossification). L'épaisseur des os est normale.

Membres. — Tous les cartilages persistent sur les os des membres depuis leurs racines jusqu'à leurs extrémités, une légère traction suffit à décoller les épiphyses.

La forme de l'*humérus* est légèrement modifiée à sa partie supérieure. Alors que le reste de l'os à une direction normale, il est légèrement incurvé en dedans et en arrière au voisinage de la tête humérale, comme s'il avait cédé sous l'influence d'une pression s'exerçant de haut en bas. La tête humérale, peu saillante, est déplacée de haut en bas, de façon que le point le plus élevé est l'extrémité supérieure du grand trochanter. Nous n'essayerons pas d'interpréter d'une façon formelle la genèse de cette déformation, mais nous ferons remarquer que les insertions du grand pectoral, du grand rond, du deltoïde, sont bien marquées, avec des rugo-

sités nombreuses et saillantes et que leur action a pour résultat de presser la tête humérale contre la face articulaire de l'omoplate. La gouttière bicipitale manque.

Voici quelques mensurations :

Omoplate :		
Longueur totale	101	millimètres.
Largeur totale	62	»
Humérus :		
Diamètre vertical de la tête humérale	39	»
Diamètre antéro-postérieur	37	»
Longueur de l'humérus	176	»
Circonférence minima	50	»
Largeur bicondylienne	50	»
Radius :		
Longueur (sans l'apophyse styloïde)	139	»
Longueur du cubitus	154	»
Circonférence minima du radius	31	»
» » du cubitus	33	»
Longueur du squelette de la main	123	»
Fémur :		
Epaisseur du col	26	»
Hauteur	31	»
Angle du col	110°	
Obliquité de la diaphyse	13	»
Longueur maximum totale	250	»
Longueur maximum trochantérienne	249	»
Longueur totale en position	242	»
Circonférence minima	58	»
Pilastre. Diamètre antéro-postérieur	19,5	»
Pilastre. Diamètre transversal	17	»
Largeur bicondylienne	71	»
Platymérie. — Diamètre antéro-post	16	»
» transversal	23	»
Tibia :		
Longueur du tibia (sans la malléole interne	190	»
Circonférence minima	52	»
Diamètre antéro-postérieur au niveau du trou nourricier	18	»
Diamètre transverse	20	»
Longueur totale du pied	162	»

L'extrémité supérieure du *fémur* est à peine formée : le grand trochanter est très mince et la sphère articulaire est remplacée par une surface uniquement cartilagineuse. Le col est très fermé, aussi quand on mesure la longueur de l'os, on constate que la longueur totale se confond presque avec la longueur trochantérienne. Le

reste de l'os ne présente pas de déformations susceptibles d'être étudiées. Le pilastre est assez prononcé et il existe un élargissement sous-tronchantérien de l'os.

Il y a une déformation très prononcée du *plateau tibial*. Alors que la cavité glénoïde externe regarde en haut, l'interne regarde obliquement en haut, en dedans et en arrière. Elle est en même temps à un niveau très inférieur par rapport à l'externe.

De cet affaissement il résulte : 1° que la surface articulaire de l'os est elle-même extrêmement oblique; 2° que la face interne de l'os, au voisinage de la partie articulaire, présente une incurvation résultant du déplacement et du tassement de la tubérosité interne.

Quelle est la cause de cette déformation ? Il nous est impossible de trouver une explication satisfaisante : on ne voit pas par suite de quel mécanisme le condyle interne du fémur aurait subi une augmentation de volume, tandis que la partie correspondante du tibia aurait subi un effondrement ? ou par suite de quel processus l'extrémité inférieure du fémur restant normale, ainsi que la partie externe de l'extrèmité supérieure du tibia, la partie interne de ce dernier os s'est déformée ? Le péroné a-t-il augmenté la solidité de la partie externe ? On ne peut que faire des suppositions.

Une dernière remarque. — De l'étude et de la comparaison de nos chiffres il se dégage un fait absolument particulier. Relativement à leur épaisseur, la longueur des os est extrêmement faible : alors qu'il y a eu un retard, on pourrait même dire un arrêt de croissance en longueur, la croissance en largeur est beaucoup moins et quelquefois nullement atteinte. Ces deux croissances ne sont nullement parallèles, puisqu'on a des os dont la longueur rappelle celle d'un enfant en basâge, mais dont le volume est celui d'un adolescent, presque d'un adulte. *Cette dysharmonie entre les deux modes d'accroissement osseux, l'un par les cartilages de conjugaison, l'autre par le périoste, est une caractéristique de l'affection.* Nous l'avions déjà constatée sur le crâne, nous la retrouvons ici absolument nette.

PLANCHE V. — Or, voûte orbitaire. — N, nasion. — H, H, plan orbitaire horizontal, passant par le centre de l'orbite et le trou optique, *Op.* — CC, plan du clivus. — *Ow*, os wormiens. — R, plan du rocher. — La ligne indiquée sans lettre, entre le plan orbitaire (H, H) et le plan du rocher (R), répond au plan de l'inion. — *op*, plan du trou occipital. — Les signes XX répondent aux bosses frontales et pariétales. — E, fosse ethmoïdale. — T, fosse temporale. — R, bord supérieur du rocher. — A, trou auditif. — B, basion (bord antérieur du trou occipital).

[1] Voir sur les os du crâne des myxœdémateux infantiles nos autres observations : Compte rendu de 1891, p. 35 — 1894, p. 35, etc.

Recherche de la mucine dans la peau d'un myxœdémateux; par M. BERTHOUD, pharmacien en chef de Bicêtre.

On a noté à l'autopsie de certains myxœdémateux l'existence d'une infiltration gélatineuse du tissu cellullaire sous-cutané, infiltration dont la consistance serait due à une substance mucinoïde. On a, de plus, constaté dans certains cas la présence de mucine dans tous les tissus, y compris le sang. Il est donc intéressant de chercher, chaque fois que l'occasion s'en présente, à vérifier ces notions, afin de pouvoir établir s'il s'agit là d'un fait général ou non.

A cet effet, un lambeau de peau, mesurant environ 270 centimètres carrés, a été prélevé à la partie antéro-supérieure gauche du thorax (région sous-claviculaire). Cette peau, glabre, est doublée d'un pannicule adipeux abondant, dont l'épaisseur varie de 10 à 15 millimètres. Il n'y a pas d'infiltration gélatineuse du tissu cellulaire sous-cutané, sauf pourtant en deux points éloignés l'un de l'autre, où se montrent deux caillots jaunâtres, tremblants, de la grosseur d'une lentille. Ces deux caillots n'avaient pas été aperçus lors du détachement du lambeau cutané sur le cadavre ; c'est vingt-quatre heures, après qu'ils ont été remarqués, soit qu'ils aient échappé au premier examen d'ailleurs rapide, soit qu'ils aient apparu postérieurement par suite d'une altération cadavérique.

Voici la marche suivie pour la recherche de la mucine.

La peau proprement dite, débarassée aussi bien que possible de la graisse sous-jacente, a été hachée et épuisée à l'eau froide à plusieurs reprises. Les diverses macérations réunies après filtration ont été prudemment additionnées d'une petite quantité d'acide acétique, ce qui produisit un précipité blanc immédiat peu abondant, qui, reçu sur filtre, lavé à l'eau acétifiée, séché et pesé, s'éleva à 0 gr 032 pour 20 gr. 30 de peau mise en œuvre, soit 0,157 pour 100 grammes.

D'autre part, le marc de macération fut maintenu, baignant dans qnantité suffisante d'eau distillée, à la température d'ébullition pendant une heure, puis maintenu à l'autoclave vers 105° pendant une autre heure. La filtration, assez rapide, donna un liquide opalin ; ce filtrat, augmenté des eaux de lavage, qui passèrent très-lentement, fut traité par l'acide acétique en quantité modérée, ce qui détermine d'abord un louche laiteux, qui au bout de quelque temps se condense en un dépôt floconneux blanc, surnagé par un liquide clair. Ce dépôt, après dessication, fut trouvé égal à 0 gr. 0675 soit 0 gr. 332 pour 100 grammes de peau.

Ainsi la macération et la décoction donnent à froid un précipité par l'acide acétique. Or, c'est là un des principaux caractères de la mucine, et c'est en la précipitant par l'acide acétique qu'on l'isole

généralement : lorsque, dans un liquide albumineux, cette réaction se produit, on est conduit à soupçonner la présence de mucine. Mais il faut contrôler cette indication en s'adressant à une autre propriété de ce corps, décisive celle-là, et qui consiste dans la mise en liberté d'un sucre réducteur lorsqu'on hydrolyse vers 100° une solution de mucine par les acides minéraux.

Nous avons donc pratiqué cet essai sur le précipité obtenu par l'acide acétique dans le décocté filtré de 11 gr. 923 de peau hachée. Ce précipité lavé, a été délayé dans 200 centimètres cubes d'eau distillée par l'acide sulfurique à raison de 5 p. 100, et transvasé dans un tube à essai qui a été maintenu au bain-marie bouillant au delà d'une heure. Puis ce liquide a été neutralisé, et essayé à la liqueur de Fœhling. Celle-ci n'a pas été modifiée, ce qui indique l'absence de sucre réducteur, et par suite de mucine dans le liquide essayé.

La même opération a été pratiquée sur le filtrat obtenu lors de la séparation sur le filtre du précipité déterminé par l'acide acétique dans la macérationd e peau hachée. Il se pouvait, en effet, qu'il fût passé en solution des corps voisins de la mucine, sinon la mucine elle-même qui n'est pas toujours facilement rendue insoluble par l'addition d'acide acétique. Le produit d'hydrolyse neutralisé n'a pas réduit la liqueur de Fehling.

Nous ne sommes donc pas, devant ce résultat négatif, autorisés à conclure à la présence en quantité appréciable de la mucine ou d'un mucoïde quelconque dans l'échantillon de peau examiné.

Examen histologique ; par M. Cl. Philippe.

L'examen histologique a été pratiqué sur plusieurs circonvolutions choisies dans les principales régions de l'écorce cérébrale : par exemple, au niveau des lobes frontal, occipital et rolandique (lobule paracentral). Pour le dire dès maintenant, l'emploi combiné des méthodes usuelles (méthodes de Weigert-Pal, de Nissl, de Marchi : fuchsine picriquée de van Gieson ; picro-carmin ammoniacal ; éosine-hématoxylique), a permis de relever, sur la presque totalité des coupes, les lésions suivantes : méningites, atrophies cellulaires, légère sclérose névroglique des régions superficielles de l'écorce cérébrale.

Méningite. — Cette méningite n'est nulle part très intense, un peu plus marquée au niveau du lobule paracentral que partout ailleurs. Il s'agit uniquement de *leptoméningite*, avec participation, sensiblement égale, des deux membranes molles, arachnoïde et pie-mère.

L'évolution fibro-plastique n'est pas très accusée ; ainsi, on ne rencontre en aucun point ni les végétations volumineuses, ni les

couches denses de tissu fibreux, qui se voient toujours dans les cas de méningite franchement scléreuse. Chez Deb..., les feuillets extrêmes, interne et externe, sont simplement plus épais qu'à l'état normal; toutefois, ces feuillets se soudent intimement l'un à l'autre, quand ils s'engagent dans les petits sillons, de manière à constituer une membrane assez forte. De même, les travées intermédiaires, très développées, sont sclérosées, et elles cloisonnent les espaces sous-arachnoïdiens en une infinité de logettes actuellement vides de tout contenu. Surtout, le réseau vasculaire est riche, quelle que soit la région examinée; artérioles et veinules ont des parois, moyennes et externes, assez épaissies souvent, bien que les tuniques internes ne présentent pas de grosses modifications. Ces néoformations vasculaires peuvent être suivies dans toute l'écorce sous-jacente, jusqu'à une certaine profondeur.

CELLULES NERVEUSES. — Les cellules nerveuses ne sont pas intactes. Dans les régions où le processus pathologique paraît bien avoir atteint son maximum de développement (lobule paracentral, circonvolutions frontales), les cellules ne sont plus tassées à la suite les unes des autres, de manière à former les colonnettes bien connues, qui sont étagées dans toute la hauteur de l'écorce cérébrale; au contraire, elles sont certainement diminuées de nombre, et elles se disposent fréquemment en petits amas ou en chaînettes courtes.

De plus, toutes ces cellules sont *peu différenciées*, à tel point qu'il devient difficile de distinguer les couches qui apparaissent si nettement à l'état normal, dans la région rolandique par exemple. Ainsi, les pyramidales, grandes et moyennes, sont très peu nombreuses dans les couches dites profondes, là où ces éléments sont d'ordinaire si faciles à reconnaître sur des circonvolutions saines. Bref, la plupart des cellules ne dépassent guère le volume des petites pyramidales, et encore beaucoup de ces dernières ressemblent-elles plutôt à des neuroblastes.

Cet état de *dysgénésie* est plus évident, quand on examine les coupes aux forts grossissements. Ainsi, les cellules ont des prolongements petits, grêles, peu nombreux, difficiles à suivre sur une grande longueur; les masses protoplasmiques sont minces, peu compactes, souvent fissurées, difficilement colorables à l'aide de l'éosine ou du picro-carmin, peu chargées en corpuscules de Nissl; les noyaux sont petits, faiblement teintés après action du bleu polychrome d'Unna.

D'ailleurs, des lésions du même type se retrouvent sur les éléments cellulaires autres que les pyramidales. Ainsi, *toutes les couches de l'écorce cérébrale contiennent moins de cellules qu'à l'état normal;* en outre, les cellules encore existantes, sont petites, déformées, manifestement arrêtées dans leur développement, si bien

que beaucoup d'entre elles rappellent plutôt la morphologie et la structure générale des neuroblastes.

Dans les autres régions (lobe occipital, par exemple), le processus pathologique n'a pas atteint un développement aussi accusé. Toutefois, si l'on prend la peine d'examiner un certain nombre de colonnes cellulaires, on rencontre aisément, çà et là, sur une étendue plus ou moins considérable, des zones où l'agencement des cellules, de même que leurs caractères structuraux, reproduisent absolument tout ce qui vient d'être dit pour les circonvolutions du lobe frontal et du lobule paracentral.

FIBRES NERVEUSES. — Etant donné les lésions cellulaires précédentes, les fibres nerveuses ne sauraient être intactes. Partout, on note une diminution de nombre des tubes nerveux, qu'il s'agisse des couches tangentielles ou des fascicules radiaires. Mais cette diminution de nombre ne va jamais jusqu'à la disparition totale des fibres qui se retrouvent, encore assez nombreuses, dans toutes les zones de l'écorce cérébrale, depuis la zone d'Exner jusqu'au centre ovale proprement dit. En outre, les fibres nerveuses, examinées isolément, sont plus grêles qu'à l'état normal, même quand il s'agit des fibres relativement grosses, qui entrent dans la constitution des fascicules radiaires. En un mot, on retrouve au niveau des tubes nerveux la *dysgénésie* ou l'arrêt de développement si évident pour les cellules nerveuses.

SCLÉROSE NÉVROGLIQUE. — Malgré les altérations parenchymateuses, si accusées, qui viennent d'être décrites, le tissu névroglique n'a pas subi des modifications bien considérables. Sans doute, la couche névroglique immédiatement sous-pie-mérienne est épaissie, plus dense qu'à l'état normal; ses fibrilles, finement ondulées, contractent çà et là quelques adhérences avec les feuillets de la méninge voisine; mais, partout ailleurs, les éléments névrogliques, cellules et fibrilles, conservent leur disposition habituelle. En résumé, à part la légère sclérose des régions tout-à-fait superficielles de l'écorce cérébrale, la névroglie ne paraît pas avoir pris une part bien considérable à l'évolution du processus pathologique.

Réflexions.

I. Nous n'avons pas à revenir sur les *symptômes cliniques*, que nous avons minutieusement décrits dans le *Compte rendu* de Bicêtre de 1889 [1], — Deb..., nous le répé-

[1] Deb... est entré dans le service en février 1890. Mais, en raison de l'importance de son observation, nous l'avons insérée à la fin du *Compte rendu* de 1889 qui allait paraître. — Voir p. 93-96.

tons, était un des plus beaux types d'idiotie myxœdémateuse que nous avons observé. Les figures 12, 13 et 14, — jointes à celles que nous avons données en 1889 et en 1896, — ne laissent aucun doute à cet égard.

II. Le *traitement thyroïdien* en *julep*, puis en *injections sous-cutanées* n'avait produit, chez lui, aucun résultat. Appliqué en *ingestion stomacale* en juin et juillet 1895, la taille n'a gagné que *deux centimètres et demi* (1896). Bien que, en raison des phénomènes graves occasionnés par le traitement, nous n'ayions pas cru devoir le reprendre, la taille, stationnaire en 1897, s'est élevée à 97 centimètres en 1898, s'y est maintenue en 1899 et 1900, puis est montée successivement à 99 centimètres, à *un mètre* (1901), enfin à 1 m. 05 en 1902. Elle n'en était pas moins à 63 centimètres au-dessous de la taille moyenne à son âge (36 ans), qui est de 1 m. 68 : *nanisme myxœdémateux*.

III. Sous l'influence du traitement, et sans doute aussi de l'âge, la *fontanelle antérieure,* qui persistait encore il y a quelques années, s'est fermée et, à l'autopsie, nous avons trouvé à sa place une plaque osseuse transparente.

IV. Bien que Deb..., fût âgé de plus de trente-six ans, la *puberté,* chez lui, ne s'était pas développée. La face, les aisselles, le corps étaient à peu près tout à fait glabres. Il n'existait que quelques poils au pénil, les organes génitaux étaient restés infantiles, et jamais il n'a manifesté d'impulsions génitales.

V. La *température rectale* de Deb... était d'habitude, comme chez tous nos myxœdémateux, au-dessous de la normale. Au moment de la mort, presque foudroyante, elle était descendue à 34°. Ce cas d'*hypothermie* s'ajoute à ceux que nous avons consignés dans maintes publications, entre autres dans le *Compte rendu* de Bicêtre de 1901 (p. 167). A un moment, après la mort, elle a même été au-dessous de la température du milieu ambiant.

VI. La *description du squelette*, peut-être la première aussi détaillée, l'*analyse chimique de la peau*[1], l'*examen*

[1] Voir une analyse semblable de MM. Yvon et Thabuis (*Compte rendu* de 1886, p. 46); de M. Requier (*Compte rendu* de 1889, p. 99 et de M. Cornet (*Compte rendu* de 1894, p. 122).

histologique du cerveau[1] font de cette observation l'une des plus complètes, sinon la plus complète, qui ait été publiée jusqu'à ce jour sur l'*idiotie myxœdémateuse*.

VII. Depuis 1880 jusqu'à ce jour, il a toujours existé dans le service quelques cas de *myxœdème infantile*. De là, un certain nombre de publications personnelles que nous croyons devoir rappeler à la fin de cette observation :

1° *Note sur un cas de crétinisme avec myxœdème ou cachexie pachydermique*. Compte rendu de 1880, p. 16 (en collaboration avec d'Ollier); — 2° *De l'idiotie compliquée de cachexie pachydermique ou idiotie crétinoïde*. Compte rendu de 1886, p. 3 (en collaboration avec P. Bricon); — 3° *Nouveau cas d'idiotie avec cachexie pachydermique*; *idiotie crétinoïde ou idiotie myxœdémateuse*. Compte rendu de 1888, p. 3; — 4° *De l'idiotie avec cachexie pachydermique*. Compte rendu de 1889, p. 51, et *Association française pour l'avancement des sciences* (août 1889); — 5° *Nouvelle observation d'idiotie myxœdémateuse ou cachexie pachydermique*. Compte-rendu de 1889, p. 172; — 6° *Nouvelle contribution à l'étude de l'idiotie myxœdémateuse*. Compte-rendu de 1890, p. 206 (*Congrès de médecine mentale de Rouen*); — 7° *Etat du squelette d'un malade atteint d'idiotie myxœdémateuse*. Compte-rendu de 1891, p. 34; — 8° *Idiotie myxœdémateuse*. Compte-rendu de 1894, p. 92; — 9° *Trois cas d'idiotie myxœdémateuse traités par l'ingestion thyroïdienne*. Compte-rendu de 1895, p. 167, et *Congrès des aliénistes et neurologistes de Bordeaux*, t. II, p. 178; — 10° *Nouveau cas d'idiotie avec cachexie pachydermique*. Compte-rendu de 1896, p. 49. *Communication faite à la Société de Biologie*, séance du 15 mai 1896; — 11° *Cinq cas d'idiotie myxœdémateuse* (Bulletin de la Société médicale des hôpitaux, 1897, p. 32; — 12° *De l'action de la glande thyroïde sur la croissance et l'obésité chez les idiots myxœdémateux, obèses ou atteints de nanisme* (Congrès des aliénistes et neurologistes de Nancy, 1896, t. II, p. 372); — 13° *Myxœdème infantile* (Communi-

[1] Un de nos anciens internes, M. Pilliet, nous a donné un examen histologique du cerveau de Cab.,. (myxœdémateux) et de sa peau (*Compte rendu* de 1889, p. 97). — Du même auteur : *Encéphalites chroniques de l'enfance* (*Ibidem*, p. 113).

cation faite au *Congrès international de médecine de* 1900, *section de neurologie*); — 14° *Idiotie myxœdémateuse; traitement thyroïdien; observation de Félicie T...* Compte rendu de 1900, p. 22. — Toutes ces observations ont été illustrées de nombreuses *figures* et de *planches*. — 15° *La scoliose myxœdémateuse* (*Progrès médical,* 1902, article reproduit à la p. 74 de ce volume).

XI

Idiotie profonde avec nanisme et infantilisme ; amélioration considérable.

Par BOURNEVILLE.

En dehors des petites notices qui figurent dans la première partie des *Comptes rendus annuels* de notre service, des communications que nous faisons de temps en temps aux *Congrès des aliénistes et neurologistes* et de deux thèses[1], nous n'avons publié que rarement, à tort, les observations *complètes* des enfants idiots améliorés ou guéris. L'observation que nous allons relater, choisie entre beaucoup d'autres, dans laquelle on suit année par année les progrès de l'enfant, montrera à nos lecteurs que même dans les cas les plus graves on obtient de très sérieux résultats.

SOMMAIRE. — *Enfant naturel. — Père, rien à noter. — Renseignements nuls sur sa famille. — Mère eczémateuse, pas d'accidents nerveux. — Grand-père maternel mort de paralysie du cerveau. — Grand'mère maternelle, alcoolique, morte d'une congestion cérébrale. — Deux cousins germains morts de convulsions. — Sœur, convulsions de l'enfance.*

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de douze ans.

Conception, grossesse, accouchement, naissance, rien de particulier. — Normal jusqu'à neuf mois. — Convulsions répétées de neuf mois à trois ans. — Marche à deux ans et demi. — Parole nulle. — Gâtisme. — Intelligence nulle.

1890 : *Teigne.* — 1891 : *rougeole.* — 1892 : *persistance de la teigne ; diarrhée.*

1893 : *Guérison de la teigne. — Rumination. — Début de l'amélioration, préhension plus sûre, attention plus fixable. — Caractère toujours sournois.*

[1] Griffaut. — *Contribution à l'étude du traitement de l'idiotie*, 1896 ; — Boyer (J.). — *Traitement médico-pédagogique de l'idiotie.*

1894 : *Diminution progressive des tics.*

1895 : *Guérison du gâtisme. — Développement de la parole. — Accès de colère persistants.*

1896 : *Progrès scolaires. — Manies, bizarreries.*

1897-1902 : *Développement progressif de l'intelligence, l'enfant sait lire, écrire, faire les premières règles, etc. — Notions usuelles très étendues. — Parole libre. — Guérison des tics.*

Lem... (Georges), né à Paris le 21 mars 1887, entre à trois ans à l'asile-école de Bicêtre, le 29 avril 1890. *Enfant naturel.*

Antécédents héréditaires. — *Renseignements fournis par la mère le 3 mai* 1890. — Père : quarante-cinq ans, typographe, toujours en bonne santé, non alcoolique. Intelligence ordinaire, travaillait régulièrement, bon ouvrier. Pas de violence vis-à-vis de la mère. Caractère calme. Il a abandonné la mère de ses enfants il y a deux ans, et serait mort, on ne sait de quoi, peu de temps après la séparation. Il n'a eu aucune discussion avec elle et, depuis, la mère ne l'a pas revu. Indifférent vis-à-vis de ses enfants. Pas de migraines. Pas de dartres ou d'affections cutanées. Aucun indice de syphilis. Nul renseignement sur sa famille.

Mère, trente-trois ans, brocheuse. Santé toujours bonne. Femme de taille élevée, physionomie assez intelligente. Pas de convulsions, réglée à quinze ans et demi. A quatorze ans, a eu un eczéma. Pas de migraines, pas de signes de syphilis. Intelligence moyenne.

Famille de la mère. — *Père,* sobre, mort d'une *paralysie au cerveau* (?). — *Mère, alcoolique,* elle buvait de tout et s'enivrait plusieurs fois par semaine, violente, morte d'une *congestion cérébrale* avec aphasie. — Gr.-père maternel, pas de renseignements. — Grand'-mère maternelle, sobre, morte d'une tumeur de l'estomac. — Deux *tantes maternelles* mortes jeunes de la *poitrine.*

Une sœur, en bonne santé ; de ses sept enfants un est mort de *convulsions* ; un autre a eu des *convulsions.* — On ne connait ni aliénés, ni épileptiques, ni arriérés, etc., dans la famille, d'ailleurs limitée.

Pas de consanguinité. 12 ans de différence d'âge entre les parents (père plus âgé).

Quatre *enfants* : 1° Garçon mort du croup à deux ans et demi. Pas de convulsions, intelligent ; — 2° Garçon mort à six mois du choléra infantile. Pas de convulsions ; — 3° Fillette de cinq ans, bien portante, bien développée pour son âge. Intelligence ordinaire. Trois ou quatre *convulsions* à six semaines qui n'ont jamais reparu depuis. Pas d'incontinence nocturne d'urine.

4° **Notre malade.** — A la *conception,* les parents étaient encore bien unis. *Grossesse* normale : pas d'accidents, pas de traumatisme ; pas d'émotions morales, pas de maladies infectieuses. — *Accouchement*

normal, à terme par le sommet. Pas d'asphyxie à la naissance. Nourri au sein pendant trois mois par une nourrice saine ; ensuite a pris le lait au verre. A quatre mois, il se développait bien. Revu par sa mère à huit mois, il était tout à fait normal, époque où il a eu sa première dent : il regardait, gazouillait, jouait, se tenait autour des chaises, en un mot paraissait tout à fait normal.

A neuf mois, début des *convulsions*. Il en a eu 5 en trois jours, l'une d'elles, vue par la mère, aurait duré deux heures. Les membres étaient roides, retournés, la figure était de côté. Il ne pouvait plus *se tenir sur les jambes*. La mère l'a repris et l'a placé à côté de son domicile. Les convulsions le prenaient deux ou trois jours de suite, puis cessaient pendant deux ou trois jours. Elles étaient surtout toniques, étaient égales des deux côtés et duraient trois ou quatre minutes. De deux à trois ans, les convulsions se sont espacées, venant toutes les semaines puis tous les quinze jours. La physionomie était devenue sans expression.

Il a commencé à marcher à deux ans et demi. On a alors remarqué que l'un des pieds (on ne peut dire lequel) était tourné et appuyait sur son bord externe. Cette sorte de pied bot varus n'existait plus à l'entrée à Bicêtre.

Il ne comprend rien. Paraît complètement sourd, au dire de la mère. Il a marché à deux ans et demi. Il n'a jamais dit qu'un mot « maman » et encore il le dit très indistinctement et sans s'adresser à sa mère. Il grimace beaucoup depuis ses premières convulsions, bave, tette sa langue, crie par moments, se jette de côté, se ferait du mal si on ne le surveillait. Il ne reconnait pas sa mère. Il repousse les autres enfants, même sa sœur. — Il ne demande pas à manger, mastique mal, est gâteux. Le développement des jambes ne paraît pas proportionnel à celui des bras. — Pas de vers, d'onanisme, de traumatisme. — La dentition n'a été complète qu'à trois ans.

Pas d'autres maladies infectieuses qu'une rougeole à dix-huit mois, qui aurait été forte (toux et fièvre). A deux ans il aurait eu beaucoup de gourmes à la tête et à la face. On n'aurait pas remarqué de rumination? — Aucun signe de connaissance et d'affection. La mère, à qui il ressemble, dit-elle, attribue l'idiotie aux convulsions.

État actuel (14 mai 1890) (*Fig.* 19).— Enfant blond, lymphatique. Pas d'adipose, d'émaciation ; air de maladie, crie fréquemment, surtout s'il est seul ; quand on est près de lui, il se tait brusquement. — Peau blanche, glabre ; aucune cicatrice de vaccin ; absence complète de poils. Ganglions assez nombreux au cou et dans les plis de l'aine, aucun sous les aisselles. Cheveux implantés régulièrement ; tourbillon postérieur non dévié. Sourcils blonds, régulièrement implantés. Cils longs, châtains.

Tête assez grosse, volumineuse à la partie supérieure. Crâne : forme [illegible] ; la partie postérieure est très volumineuse et de beaucoup prédominante sur la partie antérieure ; symétrique en apparence. [illegible]



Fig. [illegible]. — [illegible] 189[illegible]. Entré le [illegible] 189[illegible]. Photographie prise en mai 189[illegible].

de la [illegible]. Pas de persistance des fontanelles. — Front [illegible], mais peu large, se [illegible] rapidement [illegible] tempes. — Visage ova[illegible], arcades sourcilières peu [illegible] ; paupières normales, fentes palpébrales [illegible]. Les yeux se [illegible] en tous les sens. Pas de strabisme, pas de paralysies, pas de nystagmus. Iris bleuâtre ; pupilles symétriques, non déformées, réagissant bien à la lumière

et à l'accommodation. Pas de lésion de la cornée ou de la conjonctive ; pas de larmoiement. L'examen fonctionnel ne peut être fait. l'enfant fermant les yeux constamment d'une part, d'autre part son absence complète d'intelligence, de compréhension empêchant d'avoir des renseignements sur l'acuité visuelle, la notion des couleurs. etc. — *Nez* petit, arrondi, à courbe supérieure et dorsale ; narines étroites, sillon naso-labial assez accentué. L'*odorat* paraît exister. — Pommettes peu marquées, régulières, symétriques. — *Bouche* petite, horizontale, lèvres minces, l'inférieure plus volumineuse, mais non éversée. — *Langue* grosse, palais et voile normaux. Amygdales normales. Le *goût* semble exister. — Il y a 8 dents de lait à chaque mâchoire. — L'expression du visage indique que l'enfant fait la différence des saveurs. — *Oreilles* grandes, mais non écartées. Ourlet régulier, ainsi que les autres parties constituantes de l'oreille ; conque large ; *ouïe* obtuse, mais existante.

Cou court, circonférence 27 centimètres. Corps thyroïde perceptible.

Thorax assez large, dilaté à la base, potelé comme le reste du corps, pas de saillie des omoplates ni de déviation du rachis. — Battements du cœur réguliers. Rien à l'auscultation des poumons. — *Abdomen* peu volumineux. Rien du côté du foie ou de la rate.

Organes génitaux : bourses petites, rétractées, les deux testicules de la grosseur d'une olive sont dans les bourses. Verge : longueur, 4 centimètres ; circonférence, 3 centimètres. Prépuce long, gland découvrable. Anus normal.

Membres supérieurs réguliers, normaux, cylindriques, potelés, mais peu musclés ; doigts longs, ongles courts.

Membres inférieurs : rien à signaler, pas de déviation osseuse, pas de pied plat. Ongles et orteils courts.

Sensibilité normale à la piqûre, au pincement, à la température. *Réflexes* rotuliens semblant disparus ainsi que les réflexes olécraniens (?) ; réflexe pharyngien normal. Pas de trépidation spinale.

Lem... ne s'aide en rien, sauf qu'il se sert un peu de la cuiller. — Parole nulle. Il mange seul en se servant uniquement de la cuiller. La mastication est bonne, pas de bave, de rumination ni de vomissements. La digestion est bonne. Diarrhée très fréquente. Très turbulent et entêté. Sommeil bon. Ne s'habille, ni ne fait seul sa toilette. — En résumé, *idiotie profonde*.

19 *mai* : Bronchite légère. Guérison le 2 juillet.

29 *juillet* : Corps glabre. Verge courte, longueur 4 centimètres. Circonférence 0,035 ; prépuce court, ne peut être ramené en arrière. Bourses pendantes, testicules égaux, un peu plus gros qu'une olive. Anus normal.

29 *septembre*. — Entre au pavillon d'isolement pour la *teigne*.

4 *octobre*. — Vaccination. Succès complet : six pustules vaccinales.

Pendant toute l'année 1891, l'enfant ne fait aucun progrès. Parole nulle. Gâte la nuit et le jour.

1891. 20 *juin*. — *Rougeole* : éruption discrète qui commence à pâlir. le 22. La température s'abaisse le même jour.



Fig. 20. — Lem... (Georges) en octobre 1892.

26 *juin*. — Il n'y a plus trace de l'éruption, pas de complication. — 3 *juillet* : Guérison complète.

1892. Commence à être un peu propre le jour à partir de septembre. En décembre, va seul aux cabinets. Mange proprement, mais il ne se sert toujours que de la cuiller.

18 *mars*. — Plaque de teigne assez bien délimitée au niveau du tourbillon ; petites plaques disséminées en avant. Traitement : épilation, sublimé, emplâtre de Vigo.

Juillet. — État stationnaire de la teigne. Diarrhée. — *Organes génitaux* : Verge : longueur, 6 cent., circonférence, 5 cent. Phimosis. Le gland n'est pas découvrable. Testicules de la grosseur d'un gros haricot, égaux. Région anale normale.

8 octobre. — Éruption pustuleuse disséminée sur toute la surface de la tête. (*Fig.* 20).



Fig. 21. — Lem..., (Georges) en avril 1894.

1893. 16 *juin.* — Amélioration considérable de la teigne, mais il existe encore sur la tête une éruption papulo-pustuleuse. — Même état des organes génitaux.

Août. — Passe à la *petite école.* Il est guéri de la teigne. Il continue à gâter le jour et la nuit. *Il rumine presque continuellement* pendant l'heure qui suit le repas. En classe est toujours souriant et montre de la bonne volonté.

Octobre. — Va seul aux cabinets le jour. La parole est toujours

nulle, mais l'enfant aime beaucoup entendre parler et chanter. Il sourit à tout ce qu'on lui dit et se montre très docile et très attentif à la classe. Il commence à lacer ses souliers et à placer exactement les cartons sur le tableau de couleur, à exécuter les premiers mouvements de gymnastique et saute les deux premiers



Fig. 22. — Lem..., (Georges) en octobre 1895.

degrés de l'escabeau. Caressant, gai, joueur. Pleure très rarement. Pas d'onanisme. Ni voleur, ni gourmand. Tenue générale bonne, soigneux ; se regarde quand on lui met une robe propre ou des souliers neufs et son attitude exprime la joie. — Il se balance latéralement, en levant alternativement les pieds et roulant la langue dans la bouche.

1894. 16 *juin*.—Même état des organes génitaux (*Fig*. 21). Parole toujours nulle. Paraît comprendre ce qu'on lui dit. N'est presque

plus du tout gâteux. Le *balancement* a presque disparu. Aujourd'hui il ne lui reste plus guère qu'un clignement de l'œil gauche. Caractère affectueux, aime les caresses, quelques colères sans durée. Mange gloutonnement, ne semble jamais rassassié, *flaire ses aliments*. Place bien les couleurs, distingue les surfaces, un plus grand nombre d'un plus petit. Exécute les premiers mouvements de la gymnastique des échelles.

Décembre. — Essaie de balbutier quelques paroles : «attends, va voir. » Place quelques lettres et quelques chiffres, mais ne les distingue pas. Les *tics* de balancement et de grincement ont beaucoup diminué. Les *cris* ont cessé. Il demande à aller aux cabinets en disant « envie ».

1895. *Juillet.* — Puberté : visage, aisselles, pubis glabres. Verge, longueur, 4 centimètres ; circonférence, 4 cent. 1/2. Testicules dans les bourses, du volume d'un haricot, prépuce recouvrant entièrement le gland ; région anale normale.

Parole améliorée, essaie de répéter les mots, mais avec difficulté. Articulation très défectueuse. Il connaît les lettres, les chiffres, les couleurs. Exécute bien tous les mouvements de petite gymnastique.

Décembre. — Tout à fait propre le jour, gâte quelquefois la nuit. Connaît les parties de son corps, les vêtements, un peu les jours de la semaine. Il est toujours méchant et sournois avec ses camarades (*Fig.* 22).

1896. — Parler toujours défectueux dans l'articulation. Les progrès scolaires sont lents, car l'*attention* est toujours distraite. Les tentatives pour le faire syllaber ne donnent pas encore de résultats. Lem... est absolument propre, ne gâte plus ni jour ni nuit. — Les accès de cris, le balancement, les grincements de dents ont complètement disparu. Lem... tient mieux le crayon, trace des bâtons, lace, boutonne, mais ne parvient pas à nouer.

Décembre. — Caractère fantasque ; reste parfois plusieurs jours isolé volontairement de ses camarades, criant, riant, sautant et paraissant manquer totalement de lucidité. Dans ces périodes il est impossible de rien en tirer ; l'attention est absolument nulle. D'autres fois, il est docile, s'applique à ce qu'il fait, est très heureux qu'on s'occupe de lui, est sensible aux compliments et aux reproches (*Fig.* 23). Il a la manie de promener sa langue dans sa bouche et de la mordiller toutes les fois qu'il est occupé. Lorsqu'il est joyeux, il ouvre la bouche démesurément, baisse la tête et saute en crispant les poings.

1897. *Août.* — Corps glabre. Verge : longueur, 5 centimètres ; circonférence, 4 centimètres ; phimosis. Testicules égaux. Anus normal. — *Parole* très améliorée, commence à faire de petites

phrases, telles que : « Je ne veux pas à la soupe. Il a battu Georges, etc. » (fig. 24).

Décembre. — Beaucoup d'amélioration dans les exercices scolaires ; il commence à savoir tenir la plume, à faire les [illegible] et les O. Il a fait beaucoup de progrès pour la lecture. Il est heureux quand



Fig. 23. — Lem.... (Georges) en juin 1896.

on le fait travailler. Lorsqu'on l'appelle pour lire, il se frotte les mains et saute en signe de satisfaction. Il reconnait et nomme les petites quantités. Il est toujours colère et fantasque. Il aime à frotter son visage sur les oreilles et le cou de ses camarades et très souvent la caresse se transforme subitement et il mord avec frénésie.

1898. *Juin.* — Progrès dans l'écriture. Il lit et retient avec une

facilité surprenante les *mots imprimés*, mais n'apporte aucun goût à la lecture dans le *Syllabaire*.

1899. *Juin*. — Prend goût à la lecture du *Syllabaire*, qu'il ne voulait pas regarder. Dans le *Syllabaire* de même que pour les



Fig. 24. — Lem..., en octobre 1897.

mots imprimés, il ne retient que les mots qu'il comprend et ces mots il les lit indifféremment à l'envers et à l'endroit. Il est doué d'une mémoire surprenante. L'*écriture* s'améliore. Progrès absoluments surprenants dans la *parole* qui était *absolument nulle*. Chaque jour il emploie des mots nouveaux (*Fig*. 25).

1900. *Janvier*. — Lem... prend goût à tous les exercices classiques. Il copie les mots qu'il lit et même en écrit un certain nombre de mémoire, tels que les jours de la semaine, les

nombres dont il connait la valeur jusqu'à 10. Caractère plus doux, plus docile, moins rageur.

Juin. — Amélioration persistante et progressive dans la parole, la lecture, l'écriture. Lem... trace tous les chiffres, commence à faire de petites additions.



Fig. 25. — Lem..., (Georges) en octobre 1899.

1901. — Tout le corps est glabre, verge, 6 cent. 1/2 de longueur; circonférence, 6 centimètres. Gland recouvert par le prépuce qui ne décalotte pas. Testicules du volume d'un œuf de moineau. Anus normal.

Parole encore défectueuse, mais Lem... a acquis cette année ch, g, v, z, j, r, ill, gu, bl. Tous ces sons, bien articulés au commencement ou dans le corps des mots, sont nuls lorsqu'ils forment la syllabe finale d'un mot terminé par un *e* muet. Progrès pour tous les exercices, surtout pour les leçons de choses.

Juin. — Progrès pour la classe, mais difficulté pour le calcul. Il lit couramment, commence à faire des devoirs élémentaires sur la grammaire. Caractère susceptible, ne supportant pas les taquineneries de ses camarades. Il a perdu l'habitude de flairer. Son goût est encore bizarre, il ne veut ni charcuterie, ni aucun fruit.

Décembre. — Commence quelques petits exercices de grammaire. Difficulté pour le calcul, fait l'addition, commence la soustraction. La parole est encore défectueuse pour certaines consonnes se trouvant dans le corps d'un mot. Ainsi il dira *projetion* pour *projection*, *caninet* pour *cabinet*. De même, par paresse et non par difficulté, il supprime d'habitude les syllabes finales, muettes, des mots. Son caractère est toujours rageur. Lorsqu'il est en colère pour un motif quelconque, tous ceux qui sont à sa portée en subissent le contre-coup, et à défaut de camarades dans son voisinage, ce sont les tables, les portes, les fenêtres, qui reçoivent coups de poings et coups de pieds.

1902. *Décembre.* — Lem... apporte beaucoup d'application à la gymnastique et aux travaux de la classe. Il *comprend* bien ce qu'il lit, écrit mieux, fait l'addition et la soustraction avec retenues, ébauche la multiplication. Il a une mémoire extraordinaire pour les mots qu'il a lus. Il fait quelques exercices élémentaires de grammaire ; il applique assez bien le genre et le nombre, copie des verbes, fait un peu d'analyse. Il reste toujours maniaque. Il ne faut pas que rien vienne intervertir l'ordre des choses établi, sinon il est furieux. Si, pour une cause ou une autre, une des infirmières change son jour de sortie, il l'invective et bougonne toute la journée à ce sujet. Dans une promenade, si l'on ne revient pas par le même chemin que l'on a pris en allant, il se met en colère et récrimine pendant le trajet. Si le jour où l'on a l'habitude de faire la leçon orale de grammaire, on fait une leçon de choses, il est fâché, ne veut rien écouter, ne répond que des bêtises aux questions qu'on lui pose et fait en sorte de troubler l'ordre.

Ses camarades qui s'aperçoivent de sa bizarrerie de caractère, le taquinent souvent, alors ce sont des rages : il crie, trépigne, tape à droite, à gauche tout ce qui l'environne (meubles et gens) et ne se calme que lorsque l'on fait signe de le conduire en cellule. (*Fig.* 26).

Puberté et organes génitaux. — Sauf un peu de duvet très fin au-dessous des oreilles et aux extrémités de la lèvre supérieure, *tout le corps est glabre.* Les bourses sont pendantes, les testicules égaux, de la dimension à peine d'un œuf de pie La verge mesure 6 cent. de longueur et de circonférence. Le prépuce est long, étroit et ne permet de voir que l'extrémité du gland. Le méat paraît plutôt petit (*Phimosis*). Rien à l'anus. — Lem... ressemble non à un adolescent, mais à un enfant.

RÉFLEXIONS. — I. Nous n'avons rien à relever du côté du père, enfant naturel, dont la famille est inconnue. — Du côté maternel, nous notons la mort du grand-père de l'enfant par une *paralysie du cerveau*, celle de la grand'mère, *alcoolique*,



Fig. 26. — Lem.... Georges en octobre 1902.

par une *congestion cérébrale*, des *convulsions* chez plusieurs cousins.

II. Lem..., d'après les renseignements fournis par sa mère et que nous avons tout lieu de croire exacts, aurait été tout à fait normal, jusqu'à neuf mois. Surviennent à ce moment des *convulsions* sous forme d'*état de mal* (2 heures), qui se

répètent trois jours et déterminent l'*idiotie complète*: absence de développement de la parole, persistance du gâtisme, impotence des membres, regard sans expression, attention nulle, arrêt de la dentition, etc. Les convulsions se sont répétées fréquemment de neuf mois à deux ans presque quotidiennement sous forme plutôt de petits accès. De deux à trois ans, elles s'éloignent de plus en plus et enfin disparaissent à 3 ans. Il se produit alors une première amélioration, légère toutefois et portant exclusivement sur l'état physique : l'espèce de paralysie de l'un des membres inférieurs disparaît. Intellectuellement rien : l'attention ne s'éveille pas, la physionomie reste idiote, on croit l'enfant sourd.

III. De 1890 à 1893, en raison de la teigne, le traitement médico-pédagogique n'a pas été sérieusement appliqué. Il ne l'a été qu'à partir du mois d'août 1893. L'enfant est devenu propre, la figure a offert un commencement d'expression, l'attention s'est développée.

A partir de 1895, les *tics* ont diminué, puis disparu. La parole est venue, l'enfant a appris à se laver, à s'habiller, à manger seul, en un mot à ne plus avoir besoin d'aide. Enfin il a appris à lire, à écrire, à compter, à faire les trois premières règles, à connaître, nommer les personnes et les choses. Les sentiments affectifs, nuls autrefois, se sont développés, l'enfant est affectueux pour sa mère et les personnes qui l'entourent. En résumé, aujourd'hui, si l'enfant était présenté pour la première fois, ce ne serait plus le diagnostic : *idiotie profonde* que nous porterions, mais celui d'*imbécillité*.

IV. Il suit aussi de ce qui précède que l'on doit s'occuper activement des idiots les plus malades, complets, êtres végétatifs et ne pas les reléguer dans le coin le plus dissimulé des hospices ou des asiles, comme certains médecins qui ne connaissent que superficiellement les malades, n'ont quelquefois ni vu ni lu, le demandent, les considérant comme insusceptibles de toute amélioration. Il faut appliquer avec régularité et patience le *traitement médico-pédagogique* pendant plusieurs années, avant de déclarer les idiots complets incurables. L'histoire de Lem... en est la preuve. Nous avons cité bien d'autres cas analogues qui justifient notre opinion.

MESURES DE LA TÊTE	1890	1892	1893	1894		1895		1896	
				Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Ju
Circonférence horizontale maxima.	51	51	52	52	52	51,5	52	53	52
Demi-circonférence bi-auriculaire.	33	34	34	34,5	34	35,4	35	35	35
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez.	34	36	36,5	36,6	35	38	38	38	38
Diamètre antéro-postérieur maximum. . . .	17,1	18	19	19	18	18	18	18	18,
Diamètre bi-auriculaire maximum.	11,2	11,5	12	12	11	11	11	12	11,
Diamètre bi-pariétal maximum.	13	14	14,5	14,6	13,2	14,4	14	14	14,
Diamètre bi-temporal maximum.	»	»	»	»	»	»	»	11,5	11,
Hauteur médiane du front	4-5	5	5	5	4 1/2	5	5	5	5
Poids.	k 12	k 12,900	k 13,500	k 13,900	k 11,200	k 19,65	k 21,200	k 19,700	k 21,2
Taille.	m 0,84 1/2	m 0,85	m 0,85	m 0,85 1/2	m 0,88	m 1,04	m 1,06	m 1,06	m 1,0
Dynamomètre. . Dr. . .	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Dynamomètre. . G . . .	»	»	»	»	»	»	»	»	»

1897		1898		1899		1900		1901		1902		1903
Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill,	Janv.	Juill.	Janv.
53	53	53	53	53	53	53	53	52	52	52	52	52
35	35	35	35	35	35	35	35	34	34	34	34	34
38	38	38	38	38	38,2	38,2	38,2	37	37	37	37	37
18,5	18,5	18,5	18,5	18,5	18,5	18,5	18,5	19,5	19,5	19,5	19,5	19,5
12	12	12	12	12	12	12	12	13	13	13	13	13
14,5	14,5	14,5	14,5	14,5	14,5	14,5	14,5	15	15	15	15	15
12	12	12	12	12	12	12	12	14	14	14	14	14
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
k 22	k 22,900	k 23	k 23,900	k 24,100	k 25	k 26	k 26	k 28,500	k 29	k 31,5	k 31	k 33,5
m 1,11	m 1,14	m 1,15 1/2	m 1,17	m 1,19	m 1,22	m 1,23	m 1,25	m 1,27	m 1,29	m 1,31	m 1,35	m 1,36
5	»	7	8	5	5	7	11	8	8	20	10	10
4	»	10	9	5	5	7	8	9	9	20	7	14

V. Une particularité, observée chez Lem..., mérite d'être relevée: c'est que pendant bien des années, jusqu'à son admission à Bicêtre, il était considéré comme *sourd*. Il ne l'était pas, en réalité; sa surdité n'était qu'apparente. Ce qui lui manquait, c'était l'attention auditive.

VI. L'*idiotie*, ici, était compliquée de *nanisme* avec *infantilisme*. L'examen du tableau de la *taille*, prise deux fois par an, de 1890 à 1902, montre qu'elle a toujours été notablement au-dessous de la moyenne. A la fin de 1902, elle était de 1 m. 36 au lieu de 1 m. 55, *soit en moins 19 centimètres*. *L'infantilisme* est indubitable: physionomie enfantine, absence de poils à la face, sur le corps, au pénil; organes génitaux peu développés, en somme *aucun signe de puberté* malgré son âge (seize ans). Pas d'onanisme, aucune manifestation génitale.

VII. Bien que la mère n'ait pas remarqué la *rumination*, elle a été constatée peu après l'entrée. Elle a été plus marquée à certaines périodes et revient encore de temps en temps. Les cas de rumination qui étaient nombreux dans le service, autrefois, deviennent de plus en plus rares[1].

[1] Le tableau des mensurations de la tête, offre quelques différences qui s'expliquent soit par un amaigrissement momentané, soit parce que les cheveux étaient plus ou moins courts. Les irrégularités dynamométriques tiennent à ce qu'on ne peut pas toujours obtenir la même attention chez l'enfant.

XII

Un cas de maladie des tics; guérison;

PAR BOURNEVILLE ET POULARD[1]

L'affection nerveuse désignée par Charcot sous le nom de *maladie des tics* est, en général, considérée comme incurable. D'après beaucoup d'auteurs, les rémissions qu'elle présente ne seraient que passagères et incomplètes.

Une jeune fille, qui en est atteinte depuis dix ans, que nous suivons depuis 1890, vient d'en être complètement, sinon définitivement, débarrassée. C'est en raison de cette guérison, contraire à la plupart des opinions reçues, que nous avons cru devoir rapporter son histoire qui a naturellement sa place dans une discussion sur les *tics*.

SOMMAIRE. — *Père rhumatisant. Grand'mère paternelle, hémiplégie gauche. Arrière-grand-père paternel mort d'une congestion cérébrale. Arrière-grand'mère paternelle morte avec une hémiplégie. Grand-oncle paternel mort d'une attaque d'apoplexie.*

Mère : céphalalgies, sourde, caféisme, morte d'apoplexie cérébrale. Grand-père maternel alcoolique, mort à sa troisième attaque d'apoplexie. Grand'mère maternelle morte d'un cancer de l'utérus. Grand-oncle maternel bègue. Oncle maternel mort de tuberculose. Frère mort de méningite. Autre frère, convulsions de l'enfance, mort de tuberculose. Demi-sœur paternelle, morte d'une affection du cerveau. Pas de consanguinité. Inégalité d'âge de onze ans (mère plus âgée).

Conception, rien de particulier. Grossesse, ennuis et idées noires; mouvements violents du fœtus à cinq mois. Rien d'anormal à l'accou-

[1] Communication au *Congrès des aliénistes et neurologistes* de Grenoble (août 1902).

chement et à la naissance. Première dent à sept mois; dentition complète à deux ans. Marche à onze mois. Propreté vers un an. Accidents nerveux mal déterminés et rachitisme des membres inférieurs à seize mois. Début de la parole à deux ans; prononciation défectueuse pendant quelque temps. Accès de colère. Rachitisme guéri. Prodromes et début des tics à sept ans; leurs variétés; coprolalie; clastomanie; impulsions violentes, influence du chant, de la gymnastique, du traitement moral. Exacerbations et rémissions incomplètes. Guérison.

Vig... (Georgette), née à Paris le 19 janvier 1888, est entrée à la Fondation Vallée le 21 mai 1900.

Antécédents héréditaires. — PÈRE, trente-huit ans, voyageur de commerce à l'étranger, très sobre, rhumatisant, n'aurait pas eu la syphilis. Pas d'accidents nerveux. Il aurait été « débauché » à dix-sept ans par la mère de la malade, Mme veuve Lec..., alors âgée de plus de vingt-huit ans et qui avait un enfant de six ans. Ils se sont brouillés au bout de sept ans parce qu'il y avait des disputes entre lui et le fils, grandi, de sa maîtresse, et aussi parce qu'il la trouvait trop vieille. Il s'est marié depuis et a eu deux enfants légitimes : une est morte, à dix-sept mois, de diarrhée; la seconde est bien portante; ni l'une ni l'autre n'ont eu de convulsions. — [Son *père*, âgé de quatre-vingt-deux ans, sobre, est en bonne santé. Sa *mère* est morte à soixante-dix-huit ans, dix-huit mois après une attaque de paralysie (*hémiplégie gauche*). — *Grand-père paternel* décédé d'une *congestion cérébrale*, croit-on. — *Grand'mère paternelle*, morte à soixante-dix-neuf ans, en deux jours, avec une *hémiplégie*. — *Grand-père maternel* mort asthmatique à soixante-dix-sept ans. — *Grand'mère maternelle*, morte d'une pneumonie. — *Un oncle paternel* a succombé dans une *attaque d'apoplexie foudroyante*. — Ses autres oncles et tantes, ses quatre sœurs et leurs enfants n'ont pas eu de maladies nerveuses ou mentales. [Rien à noter dans le reste de famille.]

MÈRE, quarante-huit ans, ménagère, tempérament nerveux, caractère vif, sujette à des céphalalgies, ne paraissant pas de nature migraineuse, surdité datant de vingt ans, attribuée à l'émotion qu'elle a éprouvée à la mort de son mari, frappé de *congestion cérébrale* et emporté en deux jours. Elle a toujours bu énormément de café. Elle a succombé le 8 mai dernier à une *attaque d'apoplexie*. [Son *père, alcoolique*, est mort à soixante-dix-huit ans, à sa troisième attaque d'*apoplexie*. Sa *mère* est décédée à quarante-cinq ans d'un *cancer* de l'utérus. Ses grands-parents paternels et maternels sont morts âgés, de maladie inconnue. Un oncle maternel est *bègue*. Une sœur est morte à neuf ans de la fièvre typhoïde. Deux frères, l'un mort *tuberculeux*, l'autre boiteux

par accident, mais ayant une bonne santé. Rien à signaler dans le reste de la famille : pas d'autres bègues, pas d'aliénés, etc.]

Pas de consanguinité. Inégalité d'âge de plus de onze ans (mère plus âgée).

Trois enfants : 1° un garçon mort de *méningite*, sans convulsions, en trois jours, à l'âge de neuf mois ; 2° garçon mort à vingt-quatre ans, de *tuberculose pulmonaire;* 3° une fille, sujet de l'observation.

Antécédents personnels. — NOTRE MALADE. — *Conception* dans des conditions normales, mais nous rappelons que le père avait onze ans de moins que sa maîtresse. *Grossesse* sans aucune complication, sauf des ennuis et des idées noires en raison de sa situation irrégulière et parce qu'elle craignait des reproches de ses patrons, chez lesquels elle était depuis longtemps. Le fœtus a commencé à remuer à cinq mois, d'une manière exagérée, par comparaison avec les mouvements de ses deux premiers enfants. *Accouchement* à terme, naturel, sans chloroforme, par la tête. *A la naissance*, l'enfant était petite, bien constituée, sans asphyxie, ni circulaire du cordon. Elle a crié « énormément » les dix premiers jours, ne dormait pas, il fallait lui donner le sein pour la calmer. Au bout de cinq à six mois, elle était calme et le sommeil était bon. Allaitement maternel, sevrage à deux ans. Premièredent à sept mois, dentition complète à deux ans. Parole un peu tardive : à deux ans elle ne disait que « papa » et « maman ». La prononciation aurait été défectueuse pendant quelque temps. Marche à onze mois ; propreté à un an, mais elle avait été habituée au vase à partir de trois mois.

V... aurait eu, selon sa mère, des *convulsions* à seize mois. Ces prétendues convulsions paraissent se réduire à des accès de colère. L'enfant s'est raidie, a crié, sans perdre connaissance ; elle n'a eu ni contorsions des membres, ni convulsions des globes oculaires. On n'aurait observé qu'une crise de ce genre. Aucune trace de paralysie consécutive. L'intelligence ne fut pas atténuée. A cette époque, V... avait des *déformations rachitiques* très accusées aux membres inférieurs qui ont disparu vers sept ans. Caractère gai, violent, coléreux. Turbulence extrême. Pas d'onanisme.

La santé générale a toujours été satisfaisante, sauf des bronchites et des troubles respiratoires, probablement de nature nerveuse, consistant en étouffements, en quintes violentes, suivies d'épistaxis abondantes, sans hémoptysie. Ni céphalalgies, ni vertiges, ni troubles vaso-moteurs de la face, ni rêves, etc.

V... raisonne convenablement, et bien qu'elle ait dû quitter souvent l'école (le bruit qu'elle faisait en tapant du pied, en criant, gênait ou amusait les autres enfants) ou changer de maîtresses à cause de sa maladie, elle rattrapait très vite ses camarades. Elle aime à faire les ouvrages minutieux, entre autres la broderie.

Comme maladies infectieuses, elle n'a eu que la rougeole à quatre ans. Aucune manifestation scrofuleuse. Pas de vers, ni de traumatisme, ni de sévices.

Comme signes avant-coureurs de la *maladie des tics*, nous avons à relever un changement du caractère qui devint violent, et des mouvements désordonnés à la maison et dans la rue. Au début, à sept ans, alors que les accidents rachitiques commençaient à disparaître, l'enfant était agitée, ne tenait plus en place, trépignait et poussait des « ah! ah! » spasmodiques. Les premiers tics ont consisté en grimaces de la face, projection en tous sens de la langue hors de la bouche. Cette agitation et ces tics, bientôt compliqués de coprolalie, devenant de plus en plus accusés, les voisins se plaignirent et ses parents durent déménager deux fois.

L'agitation intermittente des différentes parties du corps et les cris auraient progressivement augmenté et varié dans leurs caractères. Voici comment la mère de l'enfant les décrit.

V... frappait des pieds à chaque instant, démolissait le buffet à coups de talon, prenait les chaises, les projetait au loin et les brisait. A table, elle cassait les assiettes à coups de fourchette. Cette agitation destructive se manifestait surtout lorsque, l'ayant laissée seule dans le logement, on y rentrait. Dans ces derniers temps, V... était devenue très méchante envers sa mère, qu'elle frappait. Mais aussitôt, s'apercevant qu'elle avait fait mal, elle demandait pardon, disant : « Je ne l'ai pas fait exprès. » Elle poussait des cris divers à chaque instant, proférait des grossièretés. Pendant deux ou trois mois elle a répété sans cesse : « Il est mort! il est mort! » Ayant un jour assisté à un incendie et entendu crier : « Au feu! », elle n'a cessé, durant une semaine, de crier : « Au feu! ». Ces expressions, grossières ou non, avaient cours pendant une période plus ou moins longue pour faire place à d'autres expressions. Elle faisait tant de bruit, le jour (jamais la nuit), en s'agitant, elle disait tant de grossièretés que les voisins, gênés autant par le bruit que par l'inconvenance des expressions, envoyèrent à la mère une délégation chargée d'exposer les griefs communs et la menacer d'une demande d'expulsion par le commissaire de police. Elle se décida, en conséquence, à faire entrer sa fille à l'Asile clinique, d'où elle fut dirigée sur la Fondation Vallée.

État actuel (juin). — La tête est normale dans sa forme et ses dimensions. Les cheveux, châtain foncé, sont régulièrement implantés, sans épi, avec un tourbillon unique, médian. Le visage est pâle, un peu amaigri. La physionomie semble exprimer de la mélancolie, de l'inquiétude et de la timidité. Les différentes parties de la face sont régulières (nez, bouche, oreilles, etc.), ainsi que les dents et le palais. Il existe sur la joue droite une cicatrice superficielle dont la présence est expliquée par un de ses tics qui consiste

à projeter sa langue sur la joue et à essuyer ensuite de la main l'humidité laissée par la langue. Le tronc et les membres sont réguliers et n'offrent plus aucune des déformations rachitiques qu'elle a eues dans son enfance.

Les aisselles, le dos, le ventre sont glabres. Il y a seulement quelques poils rares et courts sur le pénil et les grandes lèvres; les petites lèvres, triangulaires, sont très courtes ; le clitoris est moyen; l'orifice de l'hymen est circulaire, non frangé. Les seins sont à peine naissants. La malade n'est pas réglée.

La sensibilité générale et spéciale, les fonctions digestives, etc., s'exécutent bien. Les différents viscères sont normaux. Pas de mauvais instincts ni de phobies. Sentiments affectifs peu développés (?). D'après une tante paternelle, la mère de V..., très nerveuse, très bavarde, et sa fille « se disputaient comme deux gamines ». Sommeil calme, prolongé. Voix souvent rauque, voilée ; la parole est libre. L'intelligence est au-dessus de la moyenne. Il n'y a de retard, au point de vue de l'écolage, que par suite d'une fréquentation irrégulière de la classe.

Les membres supérieurs sont constamment agités, exécutant des mouvements de préhension, se portant au visage, etc. L'enfant se frotte énergiquement les paupières. Quelques secondes après, elle remue brusquement l'un ou l'autre bras, sans but défini. Si on lui fait tenir un objet des deux mains, on voit les doigts s'allonger démesurément, d'une manière convulsive. Souvent aussi les avant-bras font tout à coup un mouvement de pronation.

Les membres inférieurs, eux aussi, sont animés de mouvements brusques, violents. La malade frappe des pieds, surtout du droit, comme un cheval impatient qui piaffe. Au moment même où s'accomplit ce mouvement de la jambe, un des bras ou les deux sont portés dans une des différentes attitudes signalées plus haut. Les paupières clignent, les dents grincent, un mouvement respiratoire bruyant a lieu soudain. Tous ces mouvements sont incoordonnés, rapides, involontaires, se répétant sans rythme, à des intervalles variables. La course, le saut s'exécutent bien. Dans la marche, elle frappe des pieds, principalement du droit.

Traitement. — Sirop d'iodure de fer, capsules de bromure de camphre. hydrothérapie, gymnastique, école et ouvroir.

1901. — Même traitement, et, en outre, huile de foie de morue.

V... est très propre, sa tenue ne laisse rien à désirer; elle est adroite pour la couture, très agile pour la gymnastique. Elle travaille assez bien en classe, mais comme elle exige un peu trop d'immobilité, elle s'impatiente facilement, tape sur les tables. Elle aime tout ce qui demande beaucoup d'exercice. Elle est heureuse qu'on s'occupe d'elle, fait tout ce qu'elle peut pour se

rendre intéressante, paraît satisfaite quand on cause d'elle. Son caractère est plutôt doux, gai, affectueux.

1902. *Janvier.* — Persistance des mêmes tics et de la coprolalie. L'enfant fait des efforts pour se retenir ; elle y parvient parfois pour la coprolalie, surtout quand elle est en présence de personnes qu'elle ne connaît pas. Progrès notables pour les ouvrages manuels et à la gymnastique.

Voici la description aussi exacte que possible des tics de notre malade :

Le cuir chevelu glisse en arrière, le front se plisse transversalement et verticalement. Les paupières des deux côtés clignent, s'ouvrent, se ferment vigoureusement (ces tics ne sont légitimés par aucune affection des paupières ni des yeux) et en même temps les muscles du nez et des joues se contractent, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, mais plus à droite, et la bouche s'allonge transversalement ou s'ouvre démesurément ; la langue sort violemment de la cavité buccale, se mettant en tire-bouchon, se portant vers la droite, léchant la commissure labiale et la région avoisinante de la joue ou sur la lèvre supérieure, ou sur le menton ; aussitôt que la langue a passé sur la joue ou les lèvres, V..., d'un revers de main, essuie la salive (parfois la région mouillée s'ulcère), secoue la tête, soulève les épaules subitement et très fortement, en même temps que la tête s'incline vers l'une des épaules avec un mouvement de rotation, comme si elle voulait y essuyer sa joue. Souvent aussi, mais d'une façon moins brusque, elle porte la main à son oreille, exécutant le geste des femmes qui, d'un tour de main, remettent en place les boucles de cheveux tombant sur leurs oreilles. Même geste de la main vers les yeux qu'elle frotte vigoureusement. Les mouvements de la main n'ont pas eu, devant nous, la brusquerie des autres mouvements tiqueux. Elle fait entendre un bruit d'aspiration semblable à celui que font certains fumeurs en allumant leur pipe, elle aspire en claquant des lèvres. Elle renifle fortement, tousse très souvent, fait claquer sa langue contre le palais. Elle produit, en aspirant et en écartant brusquement ses lèvres, un bruit ressemblant à celui d'un baiser. Tous ces bruits et tous ces mouvements sont brusques, rapides, involontaires et ont bien tous les caractères des tics. Si on porte son attention sur les mains, on les voit brusquement et involontairement se mettre en pronation, en supination, s'ouvrir et se fermer. Avec ses pieds elle frappe le sol. Quelquefois, elle lance si fortement en avant son pied fléchi que le genou semble vouloir atteindre la tête qui s'abaisse en même temps.

On note également un mouvement de rotation de la tête, le menton se portant à droite ou à gauche par suite d'une violente contraction des sterno-cléido-mastoïdiens. Elle se giffle, elle se

frappe le flanc avec le coude. elle tourne précipitamment les fesses de droite à gauche, elle sourit, siffle comme une locomotive, renifle comme un cheval, sautille comme une chèvre, elle pousse parfois des cris perçants, aigus ; d'autres fois elle grogne, mugit.

Elle présente, en outre, à un haut degré, la *coprolalie* : « Merde, hou ! con ! ah ! vache ; aïe ! putain, hue ! cul, etc.. », sont des mots qu'elle profère très souvent. Ce langage grossier est en désaccord avec l'éducation convenable qu'elle a reçue et contraste avec son air doux et timide. Nous devons faire remarquer que la coprolalie, très accentuée en temps ordinaire, a toujours disparu en la présence de l'un ou de l'autre de nous.

V... offre également le phénomène de l'*écholalie.* Elle répète la fin de certains mots ou certaines syllabes de ces mots, mais elle fait une sorte de sélection; guidée par son besoin de coprolalie, elle choisit les syllabes qui sont grossières ou qui, un peu modifiées, rappellent une expression grossière : c'est plutôt une forme de coprolalie qu'une véritable écholalie.

Exemples : S'il s'agissait d'une observation faite à une enfant, elle la répétait tout en y ajoutant un de ses mots familiers. Disait-on à une petite de marcher sur le bitume, elle répétait : « Oui, marche sur le bitte, bitte au cul, bitume », et en même temps elle tournait ses fesses de droite et de gauche tout en avançant son corps en avant.

Un jour, en promenade, on commande aux enfants de ramasser des pissenlits le long de la route ; V... se mit aussitôt en devoir de faire ce qui était commandé. En ayant trouvé un très gros, elle le porte à la surveillante en disant : « Oh! Mademoiselle Berthe, le beau pissenlit ! prenez ! merde, con, cul, vache ! » et ceci dit avec une volubilité extraordinaire, tout en tirant la langue et ouvrant démesurément la bouche.

A l'ouvroir, la maîtresse ordonne à une enfant de rabattre les coutures, aussitôt V... s'écrie : « Bitte rabattue ! couture rabattue ! » tout en rejetant l'ouvrage qu'elle tenait et en se donnant une claque au visage. On fait une observation à une compagne de ne pas se contrarier entre elles, Georgette reprend : « Oui, con, confessional, se contrarier » et elle secoue, en même temps, ses membres supérieurs. Ces expressions, ces mots, ont toujours été spontanés, impulsifs, sans la moindre recherche.

A la classe, les mots de ce genre surgissaient à chaque instant. Faisait-on une leçon sur le système métrique, les mesures cubiques, les nombres complexes, etc., elle répétait ces mots en y ajoutant ceux de son vocabulaire : « Mesures cubiques, bitte au cul, cubique, nombres complexes, et incomplexes, con, cul, vache, con, complexes. » Elle prenait plaisir à répéter les phrases d'une dictée en les accompagnant toujours d'un mot grossier, ce qui était pour les élèves un vrai sujet de distraction ; on se rappelle

entre autre ce mot : « Rubicon », qu'elle a répété avec une intonation peu ordinaire en appuyant sur chacun de ces mots : Rubicon, cul, con, con, cul, bitte !... En même temps elle a relevé ses jupons jusqu'à la hauteur de sa taille et elle s'est assise précipitamment, les fesses nues, sur son banc, tout en tirant la langue et en haussant les épaules. Ces faits se reproduisaient journellement.

Ses tics ne se présentent pas toujours isolés : ils s'associent souvent, s'accompagnent de jeux de physionomie qui leur donnent une certaine expression. Quelquefois, en effet, notre malade frappe du pied, lâche ses mains qui étaient réunies devant elle, hausse les épaules. Cela ressemble à un geste d'impatience et la figure exprime le même sentiment. D'autres fois, elle hausse les épaules, tandis que les traits du visage prennent un aspect triste, un air d'ennui. C'est le soir que les tics sont à leur maximum. Ils disparaissent durant le sommeil.

Nous devons compléter cette description avec les notes recueillies par la surveillante et ses collaboratrices.

V... rejette la tête tout d'un coup en arrière. Elle mobilise son cuir chevelu. Brusquement, bien que pudique, elle relève jupes et chemise. En classe, elle bouscule souvent ses voisines, leur donne des coups de poing, de coudes, de pieds, et tout cela sans méchanceté, involontairement. Simultanément, exclamations grossières.

Mars. — L'enfant est plus agitée, plus excitée que jamais. Ses mouvements sont de plus en plus brusques et fréquents. A relever ceci : elle ouvre démesurément la bouche, tire la langue en tous sens ou bien contracte la bouche, fait des grimaces, etc. Elle saute, tape du pied avec ardeur, relève sas jupes, fait des contorsions en marchant, simultanément elle pousse des cris perçants, prononce des paroles grossières. Durant cette période d'exacerbation tout travail régulier est difficile : elle coud mal, envoie souvent à droite et à gauche l'ouvrage qu'elle tient entre ses mains. Elle écrit mal, fait des taches sur son cahier, ce qui l'impatiente ; elle arrache les pages et pleure.

Bien des particularités seraient à relever dans les *antécédents héréditaires*. Nous nous bornerons à rappeler les nombreux cas de congestion et d'apoplexie du cerveau, le caféisme, l'alcoolisme, la tuberculose, enfin l'inégalité d'âge considérable des père et mère, celle-ci ayant près de douze ans de plus que celui-là.

Nous trouvons réunis chez V... un grand nombre de tics

très divers, compliqués de coprolalie. Les mouvements étaient brusques, rapides, impulsifs, involontaires. Le lavage par la langue des joues et des lèvres, puis l'essuyage un peu brutal déterminaient de la rougeur, des excoriations, et même des ulcérations des régions humectées. Nul autre accident concomitant n'est à noter. Malgré ses tics, V... pouvait chanter, le couplet fini, ils se manifestaient. Les exercices de gymnastique, les mouvements divers, par exemple, ne suspendaient pas les gesticulations et les grimaces. Il n'en est pas de même des exercices respiratoires avec les barres d'entraînement auxquels nous avons recours depuis longtemps à l'Institut médico-pédagogique et plus récemment à Bicêtre qui, en maintes circonstances, nous ont paru avoir une influence salutaire sur la disparition des tics.

Pendant les premières années, il n'y avait que des mouvements convulsifs, des gesticulations, des cris. La coprolalie aurait paru peu de temps après une visite à la consultation de la Salpêtrière. M. Gilles de la Tourette aurait demandé si Georgette prononçait des mots orduriers. Sur la réponse négative de la mère, il aurait dit : « Eh bien ! elle en dira ». Nous citons le fait sans commentaires.

Les rémissions, incomplètes d'ailleurs, étaient rares. Cependant, en janvier 1901, les cris, les exclamations et les mots grossiers avaient relativement diminué. Les mouvements eux-mêmes étaient moins fréquents. Par contre, en mars 1902, il y a eu une véritable exacerbation.

Une fois par semaine, en mai, nous avons fait venir V... dans notre cabinet où elle restait à côté de nous pendant deux heures. Elle était soumise à une sorte de suggestion à l'état de veille. Les tics persistaient, atténués par ses efforts pour se retenir. Jamais, au cours de ces séances, elle n'a prononcé de mots grossiers. C'était là un indice favorable. Après ces séances, les tics et la coprolalie reparaissaient, mais sans exagération. Au commencement de juin, les tics se sont éloignés de plus en plus, les mouvements des membres et du corps ont disparu presque subitement et, huit jours plus tard, les tics de la face. Dans les dernières quarante-huit heures l'enfant avait subi une véritable transformation.

A la demande de sa tante, nous lui avons accordé un congé. Elle est allée chez des parents en Normandie et, il y a quelques jours, nous avons appris que la guérison se maintenait[1].

[1] A la fin de décembre 1902, il n'y avait pas de rechute.

XI.

Épilepsie idiopathique, guérison ;

Par BOURNEVILLE et Max BLUMENFELD.

SOMMAIRE. — *Père : caractère emporté ; rien de particulier. — Grand'père paternel rhumatisant. — Grand'mère paternelle goîtreuse. — Oncle et grand'oncle paternels, bègues.*

Mère : convulsions de l'enfance avec strabisme, céphalalgies, migraines, caractère emporté. — Grand'mère maternelle morte de tuberculose. — Grand'oncle suicidé. — Deux oncles maternels, convulsions de l'enfance, strabisme. — Une tante maternelle, convulsions, strabisme. — Cousin germain strabique.

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 18 mois.

Frère, mort de méningite. — Sœur, imperforation de l'anus à la naissance.

Conception, rien. — Grossesse, caféisme. — Accouchement et naissance, rien. — Première dent à 6 mois, dentition complète à 2 ans ?. Marche et propreté à un an. Parole à 16 mois. — Pas de convulsions. — Accès de colère. — Turbulence. — Pneumonie à 5 ans. — Oreillons à ? — Traumatisme céphalique à 7 ans. — Peur du feu, le lendemain grimaces ou mieux vertiges. — Quinze jours après accès très nombreux. — Pas d'automatisme, pas de procursion, pas de folie, pas de traumatisme dans les crises. — Guérison depuis février 1902.

Simon.. (Marcel J.), né à Paris le 11 janvier 1893, est entré le 2 novembre 1901 et est sorti le 26 février 1903.

Antécédents héréditaires. — *Renseignements fournis par le père le 11 novembre 1901 et complétés par la mère le 26*

février 1903. — PÈRE, 32 ans, rempailleur de chaises, né à Vierzon ; toujours bien portant, pas de convulsions, ni fièvre typhoïde, ni chorée, ni rhumatismes, ni dartres, ni syphilis ; pas de maladie de peau ; pas d'alcoolisme, tabagie moyenne, pas de traumatisme céphalique, ni de migraines ; caractère emporté, très vif.

Famille du père : Père, rhumatisant, âgé de 59 ans, ne boit pas, aucune autre maladie. — *Mère,* 59 ans, asthmatique, est porteuse depuis 35 ans d'un *goître très volumineux* qui fait saillir très nettement les lobes du corps thyroïde. — Elle a eu 13 enfants et a fait deux fausses couches. — *Grand-père paternel* ?. — *Grand'mère paternelle,* morte à 85 ans. — *Grand-père maternel,* ?. — *Grand'mère maternelle* ?. — *Oncles* et *tantes*, rien de particulier. — Dix *frères*, neuf morts presque tous jeunes, de maladies courantes (dyssenterie, fièvre typhoïde, grippe, pneumonie), le frère survivant, bien portant. — Une *sœur*, morte jeune.

Reste de la famille : pas d'idiots, d'aliénés, d'épileptiques, de paralytiques, pas d'autres goitreux. Un frère et un oncle *bégaient* un peu. Pas de polydactyle, de becs-de-lièvre, pas de suicidés, pas de criminels.

MÈRE, 31 ans, rempailleuse de chaises, parisienne. — Quelques *convulsions* à l'âge de deux ans, léger *strabisme* consécutif, pas de fièvre typhoïde, pas de chorée, gourmes à 6 ans, pas de rhumatismes, chlorose avec battements de cœur de 16 à 20 ans ; pas d'alcoolisme, pas de traumatisme céphalique, réglée à 13 ans ; *migraineuse* la veille des règles : douleurs vives, est étourdie par des brouillards ; pas de phosphènes ; nausées sans vomissements ; *suspension des migraines* durant les grossesses et les allaitements, retour avec les règles. Sobre, caractère nerveux, emporté.

Famille de la mère : Père, vivant, sobre, serait sujet à des *migraines* et à des battements de cœur. — *Mère,* n'était pas migraineuse, elle parait être morte de *tuberculose* à 43 ans (était devenue sèche). — *Grand-père paternel,* mort à 87 ans. — *Grand'mère paternelle* et *grand-parents maternels,* pas de détails. — Un *oncle paternel suicidé* par pendaison par chagrin de la mort de sa femme. — Deux *tantes paternelles* sont mortes, l'une d'une maladie de cœur, l'autre on ne sait de quoi. — Un oncle aurait disparu depuis environ 15 ans. « Cet oncle était le frère de ma mère et avait épousé la sœur de mon père, ils ont eu deux enfants, un garçon marié

sans enfants, une fille également mariée a eu 6 enfants, tous bien portants — Trois *frères*, deux ont eu des *convulsions* de l'enfance et *louchent* un peu ; l'aîné des trois n'a eu ni convulsions, ni strabisme, ainsi que ses deux enfants, le second a 6 enfants dont l'un serait *strabique*, on ne sait s'il a eu des convulsions. — Quatre *sœurs* : une a eu des *convulsions* et *louche* un peu ; deux ne sont pas mariées ; une a eu un enfant, mort une heure après la naissance ; une autre a deux enfants très bien portants.

Reste de la famille : pas d'idiots, ni aliénés, ni épileptiques, ni difformes, ni goîtreux, ni bègues, ni muets, ni polydactyles, ni becs-de-lièvre ; pas de criminels, etc..

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 18 mois (père plus âgé).

Cinq *enfants* : 1° notre malade ; 2° un garçon, 7 ans, pas de convulsions ; 3° garçon mort à 19 mois de *méningite*, aurait eu beaucoup de *convulsions* internes ; 4° garçon, 3 ans, pas de convulsions ; 5° fille, un an, née à terme avec une *imperforation de l'anus* ; a eu deux opérations à Trousseau, va bien ; défécation normale ; pas de convulsions.

Notre malade. — *Conception* 16 mois après le mariage, bonne entente, pas d'alcoolisme, pas de maladie. — *Grossesse* : Pas de chutes, pas de coups, très émotive, ne se rappelle pas avoir eu de peur ; envie d'aliments salés ; pas d'albuminurie, ni d'alcoolisme ; caféisme (5 ou 6 bols par jour), pas d'éclampsie, pas de tentative d'avortement, contente de se voir enceinte, pas d'idées noires, a senti les mouvements du fœtus à 4 mois et demi comme les autres et de même force. — *Accouchement* à terme, naturel, travail très long (toute une journée), présentation du sommet. Beaucoup plus d'eau qu'aux autres accouchements.

A la naissance, pas d'asphyxie, pas de circulaire autour du cou, bien portant ; poids inconnu. — *Allaitement* au sein maternel qu'il a bien pris, sevré à un an. — Première dent à 6 mois ; dentition complète à 2 ans. — Parole à 16 mois. — Marche et propreté à un an.

Antécédents morbides : pas de convulsions, pas de céphalalgies, pas de cauchemars, fluxion de poitrine à 5 ans.

Caractère gai, vif, *accès de colère* ; tout jeune il était déjà coléreux, les colères ont augmenté quand il a commencé à

marcher. — Pas de mauvais *instincts*, très turbulent, pas d'alcoolisme, ni d'onanisme.

Digestion : préhension, occlusion de la bouche, mastication, et déglutition normales. Pas de vomissements, garde-robe régulières, pas de vers intestinaux. — *Respiration :* régulière. — *Sentiments affectifs :* conservés, aime beaucoup ses parents. — Quelquefois *étourdissements* (?), quelques maux de tête ; pas de tremblement. — *Sommeil* bon, pas de cauchemars. — *Mémoire,* raisonnement très bons, assez instruit, a eu des prix de dessin, d'écriture.

Ressemblance avec son père et davantage à un oncle paternel ; son caractère tient de celui du père.

Pas de *maladies infectieuses,* sauf les *oreillons* étant petit. — Aucun *accident scrofuleux.* — Traumatisme sur le front il y a un an (à 7 ans) : un chien l'a renversé et il s'est fait à la tête une bosse avec plaie, pas de perte de connaissance, il n'a pas été très impressionné, conduit chez le médecin, il s'est laissé faire des points de suture sans aucune difficulté, rien à la suite. Pas de sévices exercés par la famille. — La mère se plaint de ce qu'un maître l'a frappé à la tête il y a un mois.

Cause de la maladie : S.. a eu peur du feu un mois avant son entrée à Bicêtre (le 1er octobre 1901) : de la fenêtre de la chambre d'une parente chez laquelle il se trouvait, il a aperçu le feu dans une scierie voisine et s'est imaginé que c'était chez son grand-père ; il a eu peur, a crié. Quand il a su que le feu n'était pas chez son grand-père, il s'est imaginé que c'était chez son père. Le lendemain on s'est aperçu qu'il fixait et tapait des lèvres, cela durait cinq minutes environ. Sa mère appelle ces accidents des *grimaces.* Les jours suivants ces grimaces sont devenues de plus en plus fréquentes, si fréquentes même qu'on ne pouvait les compter. « Au bout de quinze jours il est tombé comme une masse, sans connaissance, comme quelqu'un qui tombe d'inanition. » Il se relevait presque aussitôt ; ni bave, ni écume, ni incontinence d'urine. — *Les grimaces continuaient quand même.* On s'est décidé à placer l'enfant. *L'épilepsie* n'a pas été précédée de cauchemars, ni de secousses.

Trois jours après le premier accès, à 5 heures du matin, une autre crise durant 5 à 6 minutes, et se reproduisant pendant huit jours toujours le matin à 5 heures. Il y a un mois, nouvelle crise, avec perte de connaissance, durée cinq minutes. Depuis, il a 5 ou 6 crises par jour. Pas de blessures dans les

accès; pas de miction, ni défécation, pas de morsures de la langue, pas d'écume. — Il parait tout à fait normal après sa crise, reprend sa conversation, ne se souvient de rien. Il a les mains brûlantes un moment.

État actuel (6 novembre 1901). — Pas d'adipose, pas d'émaciation, air de bonne santé. Figure colorée. *Physionomie* assez intelligente et calme.

Mesures de la tête.

	1901. Juillet.
Circonférence horizontale maxima	53 »
Demi-circonférence bi-auriculaire	35 »
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez	38 »
Diamètre antéro-postérieur maximum	19. 5
— bi-auriculaire	14 »
— bi-pariétal	15 »
— bi-temporal	11. 5
Hauteur médiane du front	5. 5

Peau. — Cheveux châtains, bien implantés, pas d'épis, pas de ganglions. Une cicatrice sur la bosse frontale droite; une autre sur la bosse pariétale droite ; deux *nævi* croisés : un à la joue droite, un autre à l'aine gauche.

Tête : crâne dolicocéphale et un peu scaphocéphale, légèrement asymétrique (pariétal droit un peu plus développé). Bosses occipitales proéminentes.

Face : visage ovale, un peu plus développé à gauche ; arcades sourcillières normales ; pas de blépharite ; fente palpébrale naturelle ; cils bruns bien implantés. — Orbites normales.

Yeux : mobilité naturelle, pas d'exophthalmie, de strabisme, ni de paralysie. — Iris marron. — *Pupilles* assez dilatées ; réaction à la lumière, à l'accommodation, acuité normales. Sim... ne distingue pas très-bien les couleurs, pas de diplopie. — *Nez* droit, lobule large, non bifide, non dévié ; narines assez dilatées. — *Pommettes* non saillantes, régulières ; la joue gauche semble un peu plus développée que la droite. — *Bouche,* 5 centimètres. *Lèvres* un peu volumineuses, l'inférieure épaisse. Voûte du *palais* un peu ogivale. *Langue* peu épaisse, aplatie, pas de tremblement de la pointe. *Amygdales :* grosses, surtout la gauche. — *Menton* rond, 7 cent., un peu en retrait. — *Oreilles :* forme régulière, peu

écartées et droites ; lobule un peu adhérent ; tubercule de Darwin.

Cou : 28 cent. 1/2 de circonférence, corps thyroïde petit mais perceptible.

Thorax : pas de saillies, respiration diaphragmatique. La percussion ne révèle rien. A l'auscultation, on entend mieux le murmure vésiculaire à gauche qu'à droite. — *Cœur :* battements réguliers et assez lents. Pouls normal.

Abdomen : souple ; foie, rate, rien.

Organes génitaux : Verge : 5 cent. de long, 6 cent. 1/2 de circonférence ; gland absolument recouvert par le prépuce, il est impossible de voir le gland qui est caché par un écoulement blanchâtre *(phimosis)*. *Pénil*, glabre. Taches jaunâtres sur la chemise. Urine : ni albumine ; ni sucre.

Membres supérieurs : forme et attitude normales, bien développés. *Pas d'onycophagie.*

Membres inférieurs, rien à noter ; la station et la marche régulières. — Mouvements volontaires et provoqués s'exécutent bien ; voûte plantaire régulière ; réflexes diminués.

Sensibilité générale. — A la température, régulière ; au contact, et à la douleur, diminuée. *Intelligence :* assez ouverte. *Parole :* normale, lit et écrit bien.

Tableau du poids et de la taille.

	1901		1902	
		Juin.	Janv.	Juillet.
Poids	—	24 k. 200	24 k. 300	27 k.
Taille	—	1 m. 42	1 m. 25	1 m. 26
Dynamomètre D	—	17	19	17
Dynamomètre G	—	15	17	11 (?)

Température à l'entrée.

	Matin.	Soir.
2 novembre, 1er jour		37°,1
3 — 2e —	37°,2	37°,1
4 — 3e —	37°,1	37°,2
5 — 4e —	37°,2	37°,1
6 — 5e —	37°	37°,2

22 *novembre.* — Cet enfant a eu depuis le 18 novembre 5 à 8 accès par jour. Pas de fièvre.

Traitement : Élixir polybromuré : 2 cuillerées pendant 2 jours, 3 cuillerées pendant 2 jours. Purgatif. — 2 gr. de chloral.

Simon.. a eu en novembre 128 accès et 14 vertiges; en décembre, 49 accès. — *Traitement :* Elixir polybromuré de 2 à 3 cuillerées par jour; douches, gymnastique, école.

1902. — En janvier, 2 accès. — Même traitement.

Température de l'accés.

18 novembre 1901.....	Au moment du ronflement.	1/4 d'heure après.	2 heures après.
	37°	37°,2	37°,5

L'élévation de la température sous l'influence de l'accès est la règle.

Après avoir momentanément cessé les douches, il les a reprises le 14 avril ; élixir polybromuré 2 à 3 cuillerées par jour.

Juin. — *Puberté.* — État glabre de tout le corps. Verge : longueur : 5 cent., circonférence : 6 cent.. Testicules de la grosseur d'un œuf de merle.

29 *juillet.* — La mère amène son enfant (actuellement en congé) et répète qu'il lui parait guéri, de fait il va mieux car il n'a pas eu d'accidents depuis le mois de janvier.

13 *novembre.* — L'enfant, toujours en congé, a été mis à l'école le 3 octobre. Pas d'accidents nerveux. La mère apporte un cahier attestant que les progrès vont en augmentant.

1903. 26 *février.* — La mère, convoquée aujourd'hui pour renseignements complémentaires, nous déclare que l'enfant n'a eu ni " grimaces " (vertiges), ni accès depuis son départ le 18 mars 1902. Remis à l'école, il apprend bien, sa conduite serait bonne, les colères seraient moins fréquentes; ajoutons *qu'il n'a présenté* ni *secousses,* ni *vertiges.* D'où il suit, que la guérison semble se consolider. Nous signons la sortie.

RÉFLEXIONS. — I. L'*hérédité* est, ici, très chargée: *goitreuse* et *bègues* dans la famille du père, *convulsions* suivies de *strabisme* chez la mère, deux oncles,

une tante et un cousin maternels, *suicide* d'un grand oncle ; *méningite* chez un frère, *imperforation* de l'*anus* chez une sœur, etc.

II. Signalons le *caféisme* chez la mère pendant la *grossesse*. C'est là une cause de nervosisme qui parait devenir de plus en plus commune et qui mérite d'attirer l'attention. L'abus du café, quoique bien moins grave que l'abus des boissons alcooliques, n'en a pas moins des conséquences fâcheuses, même en dehors de la grossesse (excitation, tremblement, énervement, etc.).

III. La mère est sujette à des *migraines*. Elles disparaissent durant les *grossesses* et les *allaitements*, particularité intéressante dont nous avons relaté bien des exemples. Elles reviennent avec le retour des règles.

IV. L'*épilepsie* a été occasionnée par une *peur* vive qui a agi sur un terrain bien préparé par l'hérédité. Elle s'est traduite d'abord par des *vertiges* qualifiés de *grimaces*, puis par des *accès* de plus en plus fréquents.

V. Sim... a été placé un mois après la première manifestation épileptique ; il devrait toujours en être ainsi. Les *familles* en temporisant, l'*administration* en créant des obstacles à un prompt placement, contribuent à incurabiliser les malades. Sous l'influence du *traitement* (polybromure, bains, douches, gymnastique), les vertiges et les accès très nombreux en novembre, moins en décembre ont disparu à partir de février 1902 et n'ont pas reparu jusqu'à la fin de février 1903, époque où nous avons vu le malade pour la dernière fois.

XII.

Canitie partielle congénitale héréditaire (Vitiligo) ;

PAR **BOURNEVILLE**.

Nous avons eu l'occasion d'observer récemment à notre consultation de Bicêtre un cas de *canitie partielle* qui nous paraît digne d'être relaté.

Mme V... (Léonie), âgée de 20 ans, née à Paris ainsi que son père, bien constituée, s'est mariée à 17 ans. Elle a obtenu le divorce, en sa faveur, à cause des excès de boisson et des violences de son mari. Elle n'a pas eu d'enfant. Au niveau de la partie moyenne du cuir chevelu répondant au front, elle présente une *touffe de cheveux blancs*, de 3 à 4 centimètres de diamètre. Les poils qui composent la mèche blanche sont aussi longs, mais plus fins, plus soyeux, que les cheveux voisins. La peau d'où sort la mèche est fine, d'une blancheur rosée. Au-dessous, sur le front, il y a une partie de la peau, ayant la forme d'un triangle, mesurant 3 centimètres sur 2 et demi qui offre le même aspect. Plusieurs des cheveux blancs, examinés au microscope par M. CROUZON, ancien interne du service, qui vient de passer un an à l'hôpital Saint-Louis, n'ont d'autres particularités qu'une absence de pigmentation et une réfringence très marquée, sans atrophie des parties constituantes.

Mme V... a des cheveux châtains, longs et abondants, des poils nombreux, bruns plus que châtains, dans les aisselles et sur le pénil, où il n'y a ni touffe, ni plaque

blanches. Sa peau, en général assez fine, est plutôt brune que blanche. Sur le buste, en arrière, à partir de la base du cou jusqu'à la ceinture, la peau est de couleur moins foncée que sur les membres et les fesses. Il en est de même en avant, des clavicules à la ceinture. De plus, au-dessous des seins, on observe une large plaque *blanche* de vitiligo, ayant la forme du devant d'un corset de femme enceinte. Immédiatement au-dessous de cette tache blanche, vitiligineuse, non rosée comme la tache répondant à la mèche, qui se termine à la ceinture, il y a une zone cutanée large de 3 à 4 centimètres, fortement pigmentée, sans gradation. La pigmentation exagérée, qui a son maximum le long de la tache blanche, diminue graduellement jusqu'à se confondre avec la pigmentation normale de la peau saine qui est légèrement brune. Le ventre et le thorax sont glabres.

Ni la mèche, ni la tache du cuir chevelu et du front, ni celle de la poitrine, n'augmenteraient d'étendue depuis qu'elle a atteint son développement d'adulte. La zone brune ne s'accentuerait pas en été. Aucune des taches n'est le siège de démangeaisons. Mme V... ne saurait dire si les régions décolorées suent plus ou moins que la peau saine.

Tel que nous venons de l'exposer, ce cas est déjà intéressant. Il l'est encore davantage par ce que nous allons raconter.

Le *père* de Mme V..., sa *grand'mère paternelle*, son *arrière-grand'mère paternelle*, sa *trisaïeule paternelle*, son *frère*, âgé de 27 ans (1). sa *sœur*, ses deux *oncles paternels*, la *fille* de l'un deux, 14 ans, la *fille* et le *garçon* de l'autre, soit ONZE PERSONNES DE LA FAMILLE, ont tous, comme elle et au même endroit, une *mèche blanche*. Son frère et sa sœur ont aussi les mêmes taches blanches sur le tronc ; ses autres parents, non.

Tous les parents ont des cheveux abondants. Ceux

(1) Marié depuis un an ; sa femme est enceinte.

qui sont morts n'étaient pas devenus chauves (1). Dans la famille on désigne cette *canitie partielle* sous le uom de *mèche de Sylla*. Pourquoi? Mme V... n'a su nous le dire. Plutarque (2) raconte de Sylla que « ses yeux estoyent ardents et étincelants à merveille; la couleur de son visage les rendoits encore plus effroyables à voir: car il estoit fort couperosé et semé de *taches blanches* par endroits, dont on dit que le nom de Sylla luy fut imposé à raison de sa couleur, et y eut un des gaudisseurs de Athènes qui luy en donna un traict de mocquerie par ce vers:

Sylla est une meure asperse de farine.

La coloration brunâtre de la peau au-dessous de la tache sous-ombilicale se rencontre parfois dans le *vitiligo*, auquel se rattache notre cas. On dirait, suivant la remarque de Hardy (3), que « la matière colorante abandonne une certaine étendue du tissu cutané pour se porter en excès sur la périphérie de la partie décolorée ». Au premier abord, on pourrait croire que la région la plus brune est la région malade et qu'il s'agit d'une *éphélide*.

D'après Hardy (*loc. cit.*, p. 61), la *canitie partielle* coïnciderait avec le peu de développement du système pileux. Il n'en est pas ainsi chez cette jeune femme. Ses cheveux, châtains, sont longs et abondants. Les poils des aisselles et du mont de Vénus, plutôt bruns, sont bien fournis et tous les siens atteints de *canitie partielle* ont des cheveux abondants et ceux qui sont morts n'auraient pas eu de *calvitie*.

Nous faisons appel à nos lecteurs pour nous communiquer les cas analogues qu'ils ont pu avoir l'occasion d'observer.

---

(1) Mme V... a une *fossette* très profonde au menton. Elle prétend qu'il en est de même de son père et même de sa mère. Seul de ses parents son grand-père paternel, qui n'avait pas la mèche, était rhumatisant.

(2) PLUTARQUE. — *Les vies des hommes illustres*, trad, Amyot, t. IV, p. 485, édition de 1818.

(3) HARDY (A.). — *Traité pratique et descriptif des maladies de la peau*; 1886, p. 57.

XIII.

Hémorragies de la peau et des muqueuses pendant et après les accès d'épilepsie ; leur analogie avec les stigmates des extatiques ;

Par BOURNEVILLE.

L'an dernier, au *Congrès des aliénistes et neurologistes* de Limoges (1), nous avons rapporté un certain nombre de cas de *purpura,* d'*ecchymoses conjonctivales* et d'*hémorragies* au niveau d'excoriations ou de plaies survenues chez des épileptiques pendant les accès ou immédiatement après. Depuis cette époque, nous avons eu l'occasion d'en observer quelques autres.

G.., C..., épileptique-hémiplégique gauche, s'est fait, dans un accès, une brûlure assez profonde sur la partie moyenne de la face externe de la cuisse droite (18 mars). Le 1er avril, alors que la plaie était découverte pour renouveler le pansement, le malade a eu un fort accès. Dès le début de la crise, la plaie a été le siège d'une congestion violente suivie d'une hémorragie abondante. A la fin de l'accès, l'hémorragie et la congestion ont successivement disparu. On ne peut attribuer l'hémorragie à une pression ou à un frottement quelconques puisque la plaie était découverte.

Ro... (Marcel), âgé de 18 ans, a eu dans la soirée du 26 mars, un accès d'épilepsie semblable à ceux qu'il a d'habitude. Le lendemain matin, on constate un piqueté hémorragique occupant les téguments péri-orbitaires; les deux moitiés

---

(Voir : *Compte-rendu* de 1901, p. 84.

supérieures sont réunies par une bande d'un centimètre couvrant le sillon naso-frontal. En bas le piqueté hémorragique est interrompu entre les angles internes des yeux.

Pomm.... (Gilbert), âgé de 28 ans, épileptique depuis l'âge de 14 ans Le 22 mai 1901, à la suite d'une crise, il s'est produit un piqueté hémorragique autour des yeux, sur la partie avoisinante des yeux et sur le cou.—Pendant les accès, il a toujours une congestion très forte de la face. « Parfois, dit sa mère, il est comme noir ». — Dans la nuit du 22 au 23 août, il a eu deux accès. A la fin du second accès, on a observé un piqueté hémorragique. d'aspect purpurique, qui persiste le matin (23 août). L'éruption occupe le front à partir des cheveux jusqu'aux sourcils, les paupières, surtout les supérieures. Sur la muqueuse de la paupière inférieure gauche, il y a un point rouge d'un millimètre. L'éruption s'étend sur le cou, d'une apophyse mastoïde à l'autre, formant un collier de 6 centimètres de largeur. Elle s'arrête en haut au niveau du maxillaire inférieur; en bas, elle se prolonge jusqu'aux articulations sterno-claviculaires. Quelques points hémorragiques en travers du larynx. Par places, l'hémorrhagie sous-cutanée est confluente, formant des taches de 4 à 5 millimètres de diamètre. Rien sur le reste du corps. — La pression du doigt ne fait disparaître ni le pointillé, ni les taches, qui ont une couleur lie de vin, alors que le matin, au réveil, d'après la mère du malade, ils avaient une couleur vermillon.

La première éruption purpurique aurait paru il y a dix ans. Pendant plusieurs années, l'éruption se serait montrée 3 ou 4 fois par an. Depuis le 1er janvier 1901, elle serait survenue après la plupart des accès. Son siège est toujours le même. Toute trace de l'hémorragie disparaît après 3 ou 4 jours. — La santé générale est bonne, il n'y a aucun signe de cachexie.

Nous revoyons le malade le 13 mars 1902. L'éruption purpurique observée le 23 août n'aurait disparu qu'au bout de 12 jours : c'est là une *durée* exceptionnelle. Dans la nuit du 11 au 12 mars 1902, un accès d'intensité moyenne a été suivi d'une éruption semblable à celle que nous venons de décrire, limitée aux mêmes régions, mais moins confluente que celle du 23 août.

Voici un nouvel exemple d'*ecchymose conjonctivale :*

Gaucher... (L.-E), née le 10 mars 1885, est entrée le 1er mars 1890 à la Fondation Vallée. *Idiotie complète. Epilepsie.*— La

malade a eu, le 21 mars 1901, un accès offrant les caractères habituels, c'est-à- dire très prononcé, intense. Peu après, on a constaté une ecchymose de la conjonctive oculaire, dans l'angle interne de l'œil gauche. Cette ecchymose a disparu au bout de quelques jours.

Ces faits nous paraissent de nature à expliquer les phénomènes qui se produisent chez la catégorie des mystiques que l'on désigne sous le nom de *stigmatisées*. Leur esprit est absolument concentré sur le siège des plaies du Christ : front, mains, pieds, côté. Elles voudraient les voir saigner. D'où aussi, volontairement ou non, des attouchements, des frictions au niveau de ces régions, voire même des excoriations, en tout cas une diminution de la résistance de la peau et finalement, au cours de l'*attaque extatique*, l'écoulement sanguin si ardemment désiré. Il s'opère de la même façon que l'épanchement de sang sous la conjonctive, que le suintement ou le giclage du sang d'une éraflure ou d'une excoriation au cours des *accès épileptiques*.

XIV.

Traitement de l'épilepsie par les agents physiques ;

Par BOURNEVILLE.

Notre ami le Dr Vogt a publié dans le n° du 15 décembre 1902 de la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, l'analyse d'un travail du Dr Strasser, paru dans *Bl. f. Klin. Hydrotherapie* du mois de juin 1902. Nous la reproduisons *in extenso* parce qu'elle nous paraît mériter quelques commentaires.

M. Strasser estime que la diminution du nombre et de l'intensité des accès peut être obtenue grâce à des applications réfrigérantes sur les régions crânienne et rachidienne. Il est curieux de constater, d'un autre côté, que les enveloppements humides, dont l'action calmante, en cas d'exagération des réflexes, est si manifeste, ne présentent aucun avantage en cas d'épilepsie ; les demi-bains à 26-30° C exercent une action sédative bien plus marquée dans cette affection. En outre, l'*hydrothérapie*, prudemment maniée, permet de combattre les manifestions cutanées et gastro-intestinales du bromisme : grâce à son emploi, on peut arriver à abaisser la quantité de bromure administrée sans que les effets thérapeutiques soient pour cela diminués. *Il est indéniable que l'hydrothérapie favorise l'élimination rapide du bromure.*

Dans les cas graves, on n'emploiera que les demi-bains. Chez l'épileptique jeune et robuste, des demi-bains de 20°, abaissés à 18° C. de 2 à 5 minutes, des affusions, même des douches (éviter de doucher la tête) avec faible pression pour le corps et pression plus forte pour les jambes et les pieds

rendront de grands services. Les *pratiques hydrothérapiques provoquent* une forte sudation et les douches à haute pression seront prohibées. Les troubles dyspeptiques seront combattus par des enveloppements humides locaux.

La *mécanothérapie n'a pas donné de résultats* bien marqués : quant à l'*électrothérapie*, sous quelque forme que ce soit, *elle n'a donné que des résultats négatifs* ou *nuisibles*.

Nous avons toujours été un partisan convaincu de l'hydrothérapie. Personnellement, sur les conseils et à l'incitation de N. Pascal, notre co-rédacteur au *Mouvement médical*, et de notre collègue d'internat le Dr Laburthe, nous avons commencé à faire de l'hydrothérapie en 1865-66 et depuis nous n'avons jamais cessé. Ce n'était pas la mode alors, et nous nous souvenons qu'à l'hôpital Saint-Louis aucun de nos collègues ne fréquentait la salle de douches. Aussi, par ironie, nous appelaient-ils l'apôtre des douches.

Après la guerre, M. Charcot avait bien voulu nous confier l'observation et le traitement de ses épileptiques : cela a duré jusqu'en 1879. Nous avons eu recours souvent, chez elles, à l'hydrothérapie. De même chez les épileptiques du service de M. Delasiauve, pendant les remplacements que nous y avons faits (1877-1879). Nous avons généralisé cette pratique lorsque nous avons été chargé de la section des épileptiques (adultes et enfants) de l'hospice de Bicêtre, ensuite de la nouvelle section des enfants.

En 1882, dans sa remarquable thèse inaugurale, P. Bricon, après avoir fait un historique aussi complet que possible de la question, a consigné les résultats de notre pratique pendant les années 1880 et 1881. L'année suivante (1), dans un travail commun

(1) Bourneville. — *Rech. clin. et thérap. sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie*, Compte-rendu de 1882, p. 6 à 86.

nous avons donné en plus les résultats de 1882. Depuis, tous les ans, dans le Compte-rendu de notre service, nous avons indiqué le nombre des douches et des bains administrés dans l'année (1880-1901). Voici la statistique globale pour 1902 :

Bains simples	22.891
— salés	1.384
— de son	849
— alcalins	2.730
— de pieds	12.870
Douches	92.103

Tantôt l'hydrothérapie est donnée seule (1), tantôt nous y joignons divers médicaments, surtout les polybromures et le bromure de camphre (grand mal et vertiges ou vertiges seuls). Les bains, les douches, ajoutés à la gymnastique, au travail manuel, constituent, à notre avis, l'un des plus puissants agents thérapeutiques contre les diverses formes du mal caduc et ses complications. Joints aussi aux purgatifs, ils assurent le bon fonctionnement de la peau, l'élimination du bromure. Aussi n'avons-nous jamais de bromisme. Notre longue pratique vient à l'appui de l'opinion du Dr Strasser (2).

(1) Douche froide en jet en éventail, seule, sur tout le corps (dos, côté droit, poitrine, côté gauche, dos), en terminant par les pieds, en tout de 25 à 35 secondes ; ou encore jet en évantail et douche en pluie pendant 20 à 25 secondes ; douche en jet pendant 10 à 15 secondes.

(2) Nous avons toujours prescrit les *bains* et l'*hydrothérapie* aux *syphilitiques*, en plus du traitement spécifique (deux fois par an) et des purgatifs. Chez aucun de ceux que nous avons pu suivre et qui se sont conformés à nos conseils, il n'est survenu, jusqu'ici, d'accidents cérébraux.

XVII.

De l'influence des professions insalubres sur la productions des maladies chroniques du système nerveux ;

Par BOURNEVILLE.

Les discussions dont le *blanc de céruse* a été et est encore l'objet au *Comité d'hygiène publique* de France, dans la presse médicale et dans la presse politique, nous ont engagé, il y a deux ans (1) à faire un relevé aussi exact que possible des cas de maladies nerveuses de l'enfance ayant souvent pour cause certaines professions réputées, avec raison, insalubres, exercées par les parents.

Si aux 87 familles, figurant dans notre statistique de 1900, et exerçant une profession insalubre, nous ajoutons les 28 cas nouveaux, relevés sur les 292 entrées de 1901 et 1902 (95 filles et 197 garçons) nous voyons :

1° Que ces 115 familles ont fourni 555 enfants, soit près de 5 enfants par famille ;

2° Que sur ces 555 enfants, 278 sont décédés, soit une mortalité de 50 0/0.

Si aux 278 décédés, nous ajoutons les 115 enfants idiots, épileptiques, etc. (une famille a deux enfants

---

(1) *Compte-rendû* de 1900, p. 131. — Dans toutes nos observations, nous notons les professions exercées par les parents.

placés à Bicêtre), nous voyons que 78 0/0 de ces enfants sont mortellement ou gravement impressionnés par les différentes professions insalubres exercées par les parents. Le tableau suivant complète notre ancienne statistique.

Au point de vue des « Professions » ces 101 *cas se répartissent ainsi :*

BLANC DE CÉRUSE.

Peintre en bâtiments	43
— décorateurs	5
— en lettres	1
— en voitures	3
— en wagons	1
— sur meubles en fer	1
— sur émail	1
— sur porcelaine	1
Tonnelier dans une fabrique de blanc de céruse	1
Imprimeurs sur papiers peints	2

PHOSPHORE.

Allumettes	1

MERCURE.

Chapelier	8
Mégissier	1
Fouleur, apprêteur de peaux	4
Miroitier	4

CUIVRE.

Doreurs	4
Mouleurs en cuivre	12

POUSSIÈRES.

Tourneurs sur cuivre	9
Tabacs	3
Plumassiers	4
Matelassières	3

NOMS.	PROFESSION		NOMBRE DES GROSSESSES.
	DU PÈRE.	DE LA MÈRE.	
Bel	Tourneur sur cuivre.	»	1
Belthol	Peintre en bâtiment.	»	7
Huss	Mouleur en cuivre.	»	6
Mall	Plombier.	»	9
Bell	Peintre décorateur.	»	2
Gend	Peintre en bâtiment.	»	5
Hor	Ouvrier chapelier.	»	6
Simon	Peintre en bâtim.	»	3
Mézié	Peintre en bâtiment.	»	4
Redl	Peintre en bâtiment	»	5

ENFANTS		Observations.
Décédés.	Vivants.	
»	*Notre malade*, idiot.	Père et Mère excès de boisson.
6 enfants morts en bas-âge de méningite.	*N. m.*, imbécile.	Père excès de boisson.
2 garçons morts en bas-âge. 1 f. morte à 4 ans d'un mal de Pott.	2 garçons bien portants. *N. m.*, idiot, épileptique.	»
3 g. morts en bas-âge de convulsions. 1 fille morte on ne sait de quoi.	2 g. ophthalmie purulente. 1 g. détraqué. 1 g. très faible de constitution. *N. m.*, idiot.	Père excès de boisson.
»	1 g. nerveux. *N. m.*, idiot, épileptique.	Père et Mère excès de boisson.
1 g. mort à 9 mois de méningite. 1 g. mort on ne sait de quoi. 1 fausse couche à 5 mois.	1 f. bien portante. *N. m.*, imbécillité, épilepsie	Père excès de boisson.
1 f. et 1 g. morts de convulsions.	3 g. convulsions de l'enfance. *N. m.*, imbécile et épileptique.	»
2 g. morts on ne sait de quoi.	*N. m.*, imb. et épileptique.	»
2 fausses couches.	Un g., né à 7 mois, idiot. *N. m.*, née à 8 mois, idiote.	Père excès de boisson; syphilis. Mère syphilis.
1 f. morte à 3 ans 1/2 de bronchite.	2 g. bien portants. 1 g. convuls. de l'enfance. *N. m.*, idiote.	Père excès de boisson.

NOMS.	PROFESSION		NOMBRE DES GROSSESSES.
	DU PÈRE.	DE LA MÈRE.	
Bru	Polisseur sur métaux.	»	11
Arb	Marbrier.	Chapelière.	1 Gémellaire.
Chali	Tourneur sur cuivre.	»	7
Tar	Plombier.	Polisseuse.	5
Baut	Matelassier.	Matelassière.	11
Itzik	»	Chiffons.	11
Mazo	Peintre en bâtiment.	»	2
Harp............	Fondeur en caractères.	»	1

ENFANTS		OBSERVATIONS.
DÉCÉDÉS.	VIVANTS.	
Fille morte à 14 mois de la coqueluche. Fille morte à 18 mois de la rougeole. garçon mort à 3 ans 1/2 de la gangrène. fausses couches.	1 Garçon et 1 Fille bien portants. *N. m.*, Epilepsie.	P e alcoolique invétéré.
garçon mort à la naissance paraissait un fœtus de trois mois. (?)	*N. m.*, Idiotie, paralysie, cécité.	Père alcoolique.
»	1 Garçon et 5 Filles bien portants. *N. m.*, Epilepsie.	»
garçon mort de méningite.	1 Garçon bien portant. 2 Fille un peu nerveuse. *N. m.*, Epileptique.	»
enfants morts de convulsions. fausses couches.	1 Garçon et une Fille très nerveux. 2 autres Filles bien portantes. *N. m.*, Débilité mentale, Epilepsie probable.	Père et Mère alcooliques.
garçons morts de scarlatine à 10 et 22 mois.	2 Filles et 2 Garçons bien portants. *N. m.*, Imbécillité, Microcéphalie.	»
garçon mort à 3 mois d'entérite.	*N. m.*, Imbécillité.	»
Fille morte à 2 ans de rougeole.	1 Fille bien portante. *N. m.*, Epilepsie, Idiotie.	»

NOMS	PROFESSION.		NOMBRE DES GROSSESSES.
	DU PÈRE.	DE LA MÈRE.	
Lesa	Peintre en bâtiment.	»	2
Vab	Mégissier.	»	6
[illegible]	»	Manufacture des tabacs.	6
Duv	Tourneur sur cuivre.	»	5
Pra	»	Chiffons.	4
Dufra	Fondeur en caractères.	»	1
Pa	»	[illegible]massière.	3
Rich	Mouleur en cuivre.	»	2

ENFANTS		OSERVATIONS.
DÉCÉDÉS.	VIVANTS.	
«	1 g. bien portant. *N. m.*, imbécile.	Père excès de boisson.
1 g. mort à 9 mois de broncho-pneumonie. 1 f. morte à 5 jours de cachexie.	2 g. et 1 f. bien portants. *N. m.*, épileptique.	»
1 g. mort de méningite à 3 jours. 1 g. mort de méningite à 3 jours. 1 f. mort née. 1 g. mort de tuberculose pulmonaire.	1 g. bien portant. *N. m.* imbécile, athétosique.	Père excès de boisson.
1 f. morte de péritonite.	2 g. et 1 f. bien portants. *N. m.*, épileptique.	»
1 garçon décédé à 8 mois de méningite.	1 fille, 16 ans, chétive. 1 garçon 5 ans 1/2, bien portant. *N. m.*, arriération mentale.	Père alcoolique, syphilis probable.
«	*N. m.*, arriération intellectuelle, perversion des instincts, onanisme.	Mère syphilitique morte de paralysie générale.
	1 Fille très nerveuse. 1 Garçon bien portant. *N. m.*, Epilepsie.	»
1 garçon mort de méningite tuberculeuse.	1 Fille bien portante. *N. m.*, Epilepsie.	Père alcoolique.

NOMS.	PROFESSION		NOMBRE DES GROSSESSES.
	DU PÈRE.	DE LA MÈRE.	
Noe............	»	Gainière.	3
?ria	»	Photographie. (Ether)	2

ESSENCE DE TÉRÉBENTHINE.

Nacrier	1
Vernisseuse	1

ETHER.

Préparateur de plaques photographiques..	1
Total	115

Le tableau suivant montre les affections auxquelles ont succombé les enfants :

Fausses-couches	41
Mort-nés..................................	24
Convulsions...............................	53
Méningite.................................	46
Diarrhée	12
Athrepsie	4
Tuberculose pulmonaire....................	15
Broncho-pneumonie	18
Croup.....................................	6
Variole...................................	4
Diphthéric................................	3
Coqueluche	5
Rougeole	5

ENFANTS		Observations.
Décédés.	Vivannts.	
Fille morte à 4 mois, tuberculeuse. Fille morte à 3 mois, on ne sait de quoi.	1 Garçon bien portant. *N. m.*, Imbécillité.	»
»	*N. m.*, Idiotie. 1 Fille. 2 ans 1/2, bien portante.	Père un peu alcoolique.

Cholérine	2
Carreau	1
Maladies diverses et inconnues	39
	278

Si ces statistiques ne laissent aucun doute sur l'action des professions insalubres que nous venons d'énumérer, sur la morbidité et la production des maladies nerveuses des enfants, on ne doit pas oublier qu'un autre facteur, plus terrible peut-être que la profession elle-même, entre en ligne de compte, l'*alcoolisme*. En effet, sur 115 familles, 66 pères et 3 mères faisaient des excès de boisson (60 0/0). Notons enfin pour terminer que 3 mères et 4 pères étaient atteints de syphilis.

XVIII.

Note statistique sur le rôle de la consanguinité dans l'étiologie de l'épilepsie, de l'hystérie, de l'idiotie et de l'imbécillité ;

Par BOURNEVILLE.

Dans notre statistique de l'année 1900 (1), portant sur 2.784 observations et résumant nos statistiques antérieures, nous ne trouvions que 91 cas de consanguinité, soit 3,23 pour cent. Cette proportion, écrivions-nous, montre le rôle à peu près insignifiant de la consanguinité dans la genèse des maladies nerveuses chroniques de l'enfance.

Nous avons complété cette statistique jusqu'au 31 décembre 1902. Onze cas nouveaux ont été observés sur 292 entrées et 4 cas parmi nos anciens malades. (Chaque fois que l'occasion le permet nous faisons revenir les parents et, après avoir au préalable relevé les lacunes des observations, prises généralement avec soin par nos internes, nous complétons ces lacunes; c'est ce qui explique ces quatre cas nouveaux chez d'anciens malades.)

(1) Voir *Compte-rendu* de 1888, p. 17 et de 1900, p. 77 et la *liste des travaux scientifiques* à la fin du volume.

MALADIES.	HOMMES ET GARÇONS.	FILLES.
Hystérie et hystéro-épilepsie....	»	3
Epilepsie dite idiopathique......	20	11
— symptomatique.......	10	1
— hémiplégique.........	2	»
Idiotie symptomatique	16	9
— myxœdémateuse.........	»	1
— microcéphalique	2	1
— hydrocéphalique	4	»
— et hémiplégie............	1	»
— méningitique	1	1
Folie des enfants, manie, excitation maniaque, délire de persécution	»	1
Imbécillité	10	6
— et chorée	»	2
— et syndrome de Little	3	»
— et cécité congénitale..	1	»
	70	36
Total.............	106	

Si nous ajoutons aux 2.784 observations de notre statistique générale de 1900 les 156 entrées nouvelles de 1901 et les 136 entrées de 1902, nous voyons que pour un total de 3.076 observations la consanguinité ne figure que 106 fois, soit 3,4 °/₀. Ces cas se décomposent ainsi au point de vue du degré de parenté des ascendants :

Consanguinité sans indication de degré	5
Parents cousins germains	56
A reporter..........	61

		Report.........	61
Cousins	issus	de germains	28
—	—	du 3e au 5e degré	14
—	—	Oncle et nièce	3
			106

Le tableau de la page 189 donne une idée des affections diverses dont étaient atteints ces malades.

Comme on le voit, la proportion de 3,4 °/₀ est faible, et ne joue, comme nous le disions au début, qu'un rôle très effacé dans la production de l'idiotie ou de l'épilepsie. Elle ne constitue pas d'ailleurs, l'unique élément étiologique; il s'y joint l'*hérédité* dans certains cas, dans d'autres l'*alcoolisme*, quelquefois et l'*hérédité* et l'*alcoolisme*. Nous persistons à croire que le mariage entre *consanguins* BIEN PORTANTS, *sobres, non syphilitiques, n'exerce aucune action dans la production des maladies nerveuses des enfants.*

XIX.

Statistique des strabiques du service.

Sur 430 garçons existant en 1902, il y avait 71 strabiques, parmi lesquels 54 présentant du strabisme convergent, 17 du strabisme divergent, soit une moyenne de 16,5 strabiques sur 100 enfants.

Sur 215 filles, il y avait 41 strabiques, dont 32 atteintes de strabisme convergent et 9 de strabisme divergent, soit une moyenne de 19 strabiques sur 100 enfants.

XX.

Folie de l'adolescence ; guérison ;

PAR **BOURNEVILLE** ET **AMBARD**.

Les troubles psychiques sont très nombreux et très variés chez les enfants et chez les adolescents. Pour s'en convaincre, il suffit de parcourir les observations qui composent nos *Comptes-rendus* du service. Tantôt ils correspondent à des lésions bien évidentes, comme chez Ler... (p. 204) ; tantôt, de même que chez l'adulte, on ne trouve pas de lésions caractéristiques. Tel fut le cas de Marguerite H... (1901, p. 170). Parfois ils se terminent par la démence, souvent par la guérison : tel est le cas de la jeune fille dont nous allons relater l'histoire.

SOMMAIRE. — *Père très impressionnable, instabilité mentale passagère, crises nerveuses dans la rue ; migraines ; sobre. Demi-tante paternelle, migraineuse. — Cousine germaine paternelle idiote. — Cousin germain mort tuberculeux. — Mère, rien de particulier. — Tante maternelle, crises de nerfs. — Pas de consanguinité. Inégalité d'âge de* 3 *ans* (mère moins âgée).

La malade : 1re dent à six mois. Dentition complète à 2 ans. Pas de convulsions. — Parole à deux ans. — Marche à un an. Pérityphlite à 7 ans et demi. — Varicelle à 9 ans, Éruption scarlatiniforme à 13 ans. — Réglée à 11 ans et demi. — Début de la mélancolie à 14 ans, par périodes ; — diminution de l'aptitude au travail; onanisme; anémie. — Idées de culpabilité ; mutisme, inertie ; refus de manger. — Hallucinations de la vue. — Guérison.

Rol... (Virginie Suzanne), née le 22 mai 1886, est entrée le 4 mars 1901 à la Fondation Vallée, avec un certificat du Dr P. Garnier, ainsi conçu : « Atteinte de dégénérescence mentale avec accès de délire mélancolique ; idées de culpabilité, d'indignité, refus d'aliments. Insomnie. »

Antécédents héréditaires. — *Père*, 47 ans, employé d'une administration publique, très « impressionnable ». Quelques jours après son mariage (1878), il aurait voulu brusquement, sans raison plausible, changer d'état ; persistance de cette idée pendant cinq jours durant lesquels il était très agité. En 1884, *chute* dans la rue avec *perte de connaissance* pendant une demi-heure. En 1887, à la suite d'une contrariété, il entre dans une *agitation extrême*, déclare que quelqu'un l'a frappé, et au lieu de rentrer chez lui, comme il en avait l'habitude, son travail fini, il s'en va au Bois de Boulogne et ne regagne son domicile qu'à minuit. Il ne fume pas ; boit très modérément. On ne sait s'il a eu des convulsions dans l'enfance. Quelques migraines, surtout dans l'adolescence. Réformé à 25 ans pour « faiblesse de constitution. » Pas d'indice de syphilis. Caractère plutôt égal et doux.

Sa famille: Père et *mère*, rien à signaler. *Demi-sœur paternelle*, *migraineuse* à ses époques, a eu deux enfants, l'un mort de *tuberculose pulmonaire* à 19 ans, l'autre *idiote*. Les autres parents ne paraissent avoir présenté aucune tare ni physique ni mentale.

Mére, 44 ans, institutrice ; pas de convulsions de l'enfance, fièvre typhoïde à 15 ans, compliquée de *délire*. Pas de migraine. — Une *sœur* aurait des *attaques de nerfs*, se débat, crie, mais ne perd pas connaissance. Elle est mariée et a un fils sain. — Les autres parents paraissent normaux. Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 6 ans (père plus âgé).

Deux *enfants* : 1° un fils de 21 ans, intelligent, aucun accident nerveux ; 2° notre malade.

Notre malade. — L'état des parents au moment de la *conception* était bon. — Pendant la *grossesse*, la mère aurait été, le premier mois, *obsédée* par le souvenir des images de cire qu'elle avait vues au Musée-Grévin. Les mouvements actifs du fœtus perçus par la mère vers le quatrième mois et demi étaient très violents sur la fin de la grossesse. L'*accouchement* s'est effectué dans les délais coutumiers par la tête et spontanément ; ni cordon, ni asphyxie. — Nourrie au sein jusqu'à 16 mois.— Première dent à 6 mois ; dentition complète à

2 ans. Elle a marché à un an, parlait bien dès l'âge de deux ans. Pas de convulsions de l'enfance. — Pérityphlite à sept ans et demi, varicelle à 9 ans. — Eruption scarlatiniforme à 13 ans. Elle a fréquenté l'école à partir de 10 ans, s'y montrait très intelligente, mais aussi turbulente. Réglée normalement à 11 ans demi et à peu près régulièrement jusqu'à l'admission. Pas de traumatisme. Il y a un an, l'enfant est devenue *triste*, son visage était impassible ; ni irritabilité excessive, ni peurs, ni visions, mais *insonmies* fréquentes et *entêtements* inexpliqués. Elle confondait parfois les personnes ; en voyant tomber les feuilles, elle s'imaginait que tout allait s'effondrer, que le monde allait disparaître. On notait une sorte d'insensibilité morale et de la paresse intellectuelle, elle avait de la peine à travailler et que la mémoire diminuait. Sa mère, une nuit, la vit porter la main à ses organes génitaux. Elle lui demanda si elle avait *l'habitude de se toucher*, sa fille lui aurait répondu : *oui*. Depuis cette époque, sa mère n'aurait jamais eu l'occasion de la surprendre en faute, mais, de l'aveu de l'enfant, ses pratiques solitaires ont continué et, comme on le verra plus loin, elle s'y adonnait encore à l'entrée et durant les premiers temps de son séjour à la Fondation. En décembre 1900, elle rend un ascaride dans ses selles. C'est à cette époque qu'elle a manifesté de la résistance à manger.

Dans le courant de janvier 1901, *hallucinations de la vue :* elle voyait des lueurs constamment, puis elle s'est plaint qu'on lui servait toujours le même plat, elle s'accusait de ne pas avoir été gentille : « Il me semble que je ne vous aime pas ; je cherche mon âme ; je n'ai pas de cœur ; je veux aller me confesser pour réparer mes mauvaises confessions. » Elle n'a jamais été d'une grande dévotion. Pendant les vacances de 1900, elle s'est surmenée pour ses devoirs. A la fin de janvier 1901, l'enfant reprend momentanément un peu d'entrain.

Le 19 février, en se couchant, elle déclare qu'elle a la lèpre. Les jours suivants elle refuse les aliments avec plus de ténacité qu'auparavant et pendant les cinq jours qui ont précédé son placement on ne parvenait qu'avec beaucoup de peine à lui faire prendre quelques aliments liquides ; elle ne voulait pas se laver. Elle s'imaginait que, dans la rue, tout le monde la regardait, que les gens voyaient de suite qu'elle n'avait pas fait ce qu'elle devait faire. Elle s'accusait de se faire remarquer. Elle voyait des flammes et demandait qu'on ferme les rideaux, avait peur des voleurs, des assassins, entendait des voix sourdes sans pouvoir distinguer de qui elles venaient.

Ces voix lui reprochaient de n'être pas assez attentive, assez aimable, de donner de la peine aux autres. Elle avait lu les *Contes fantastiques* illustrés d'Hoffmann et voyait les *figures* étranges du livre.

État actuel (9 mars 1901). — Rougeur et pâleur subites, physionomie douce, un peu triste. Regard un peu vague. — R... a la parole tantôt libre, tantôt embarrassée et incompréhensible, suivant son degré de mélancolie. Elle n'est jamais causeuse, ni expansive, ne parle que lorsqu'on l'y provoque.

Chevelure châtain foncée, tourbillon médian. — Crâne de forme intermédiaire de la brachyocéphalie à la dolychocéphalie. — Visage ovale, arcades sourcillières effacées, yeux gris, hyperhémie conjonctivale fréquente, à la suite de lectures prolongées. — Pommettes peu saillantes. Bouche moyenne, la lèvre supérieure proémine un peu. Palais très ogival. Pharynx, amygdales, langue bien conformés. Menton ovale. Oreilles régulières.

Cou : 29 centimètres ; corps thyroïde peu appréciable.

Thorax. — *Cœur*, léger bruit de souffle ; pas de palpitations. Elle n'est pas essouflée en dehors des courses rapides. — *Poumons*, rien.

Abdomen. — Digestion bonne en général, « pourtant après chaque repas, dit la malade, je me sentais comme gonflée ; derniérement, je rendais comme de l'eau ».

Puberté, organes génitaux. — Poils bruns, nombreux dans les aisselles. Seins bien conformés, 16 centimètres sur 20 des deux côtés, aréoles rosées, mamelons peu saillants. Léger duvet le long de la colonne vertébrale. — Ventre et fesses glabres. Pénil recouvert de poils nombreux, bruns et courts. Grandes lèvres, poils abondants et longs. Petites lèvres bien développées. Clitoris moyen. Hymen : orifice à bord frangés. Anus : poils assez nombreux à une certaine distance, pas d'hémorrhoïdes. Bras glabres, avant-bras poils follets ; cuisses glabres.

Membres supérieurs et *inférieurs* bien conformés.

Sensibilité générale et *spéciale*, normales. — *Etat mental* : voit des bêtes dans son corps, les objets changent de forme, voit des signes de deuil partout, tout le monde a de l'aversion pour elle. — *Etat intellectuel* : *Avant* l'affection actuelle, intelligence normale, a eu son certificat d'études ; *depuis*, offaiblissement sensible de la mémoire : R.. dit qu'elle a beaucoup oublié.

Température des cinq premiers jours.

	Matin.	Soir.
1er jour		37°
2e —	36°,8	37°,1
3e —	36°,9	37°
4e —	37°,1	37°,3
5e —	36°,9	37°,1

La température *rectale* serait donc plutôt un peu au-dessous de la moyenne, ce que nous avons déjà observé dans les états mélancoliques.

Traitement : Lavements quotidiens. Purgatif deux fois par semaine. Douches quotidiennes et bains tous les deux jours Un gramme de sulfonal.

10 *mars.* — Depuis son entrée, R .. n'avait présenté rien de particulier si ce n'est de l'*insomnie* sans agitation. Elle raisonnait comme une enfant normale, était très-douce, très-polie et rien ne faisait prévoir la transformation qui s'est opérée en elle depuis hier. Après avoir passé une nuit très-agitée, constamment debout, elle se lève à la cloche comme les autres enfants mais elle s'habille mal, n'a pas l'idée de se débarbouiller ni de se peigner. Sa physionomie est celle d'une égarée, teint pâle, yeux fixes et hagards. Si on l'interroge, elle ne répond pas aux questions qui lui sont posées. Elle ne cesse de répéter qu'elle est triste, qu'elle voudrait être gaie : « Je veux être sage, dit-elle, et ne plus désobéir. Personne ne m'aime plus, j'ai fait de vilaines choses, ma réputation est perdue, partout où je passe je sème la tristesse. » Par instant la parole est embarrassée et même quelquefois incompréhensible. Très-souvent R... passe la main sur son front comme pour chasser quelque chose. Elle dit voir de vilaines choses mais elle ne peut expliquer quoi. Dans le courant de la journée, on constate des changements de couleur de la face, elle est tantôt pâle, tantôt très-rouge. Il faut insister pour la faire manger et c'est avec beaucoup de peine qu'on parvient à lui faire prendre un peu de nourriture. T. R. 36°,9 matin. — Soir : 37°,1. Chloral 4 grammes.

11 *mars.* — Aujourd'hui l'enfant est complètement perdue, elle ne sait où elle est, elle ne veut rester ni assise, ni debout, ni marcher, en un mot elle ne sait pas où elle est bien, elle balbutie des phrases qu'on ne peut comprendre, elle ne peut s'expliquer. Sa *physionomie* est toujours aussi hébétée ;

yeux creux et cernés. Au déjeuner, elle refuse de manger, Visitée par sa mère l'après-midi elle parait éprouver un certain plaisir, elle cause beaucoup mieux et mange facilement une cuisse de poulet apportée de chez elle. T. R. 37° le matin et 37°,3 le soir. Chloral 4 grammes, bain, etc.

12 *mars*. — Nuit meilleure. R... est hébétée de même que les jours précédents. Elle parle sans cesse mais on ne peut la comprendre : la parole ne peut pas sortir. Il faut l'habiller, la forcer à manger et la conduire comme un vrai bébé. Elle a la figure fatiguée, l'haleine mauvaise, comme celle d'une personne fièvreuse. T.R. 36°,8 le matin et 37°,2 le soir.

13 *mars*. — Même état. L'enfant marmotte continuellement, sans qu'on puisse saisir ce qu'elle dit : Sa physionomie est toujours triste, hébètée, le regard vague. Les pupilles sont très-dilatées. Même difficulté pour la faire manger. T. R. 37°,4 et 37°,3. — Sulfonal 1 gramme; bains, douches.

14 *mars*. — Suzanne a assez bien dormi. Aussi ce matin a-t-elle le teint plus frais. Le regard est moins vague. Il faut toujours la conduire comme une enfant, insister pour la faire marcher, manger, asseoir ou se tenir debout. La parole reste incompréhensible. Quoiqu'elle n'arrête pas de remuer ses lèvres, aucun son ne peut sortir de sa bouche.

L'après-midi à l'occasion de la Mi-Carême, il y a bal à la Fondation. On y conduit Suzanne pour tâcher de la distraire. Arrivée-là sa physionomie semble s'éveiller un peu, elle mange seule plusieurs morceaux d'oranges. A un moment donné la musique joue la polka des Anglais. Suzanne fredonne l'air avec les musiciens. — Sa mauvaise haleine persiste et elle a la langue très-sale. — T. R. 37°,4 et 37°,3. Purgatif, sulfonal 1 gr., etc.

15 *mars*. — L'état de notre malade reste stationnaire au point de vue de la parole. Continuellement l'enfant passe la main sur son front, elle semble souffrir de la tête. Plusieurs fois dans la journée on remarque qu'elle maintient ses yeux fermés durant quelques minutes et il lui est arrivé une fois cet après-midi de nous demander la permission de les ouvrir et cela assez franchement. Le soir, au réfectoire, elle mange seule mais très-lentement. T. R. 36°,8 et 37°4. — Purgatif, etc.. — 16 *mars* : T. R. 37° et 37°,4.

17 *mars*. — Suzanne a passé une bonne nuit sans avoir pris de sulfonal. Elle paraît plus gaie, le mutisme persiste cependant. Dans la journée, elle a prononcé quelques mots très clairement mais elle ne peut finir la phrase commencée.

Par exemple questionnée au sujet de son fichu qu'elle n'avait pas sur son cou, elle répond après un bon moment d'hésitation je l'ai laissé.... On lui demande aussi : que voudrais-tu Suzanne ? Je voudrais... ? Elle mange seule de bon appétit, coupe sa viande, demande de l'eau dans son vin. Ses mouvements ainsi que sa marche sont lents. T. R. 37°,3 et 37°,5.

18 *mars*. — R... s'est endormie de bonne heure, sans sulfonal, sommeil calme.

Dans le courant de la journée, elle cause beaucoup mieux, elle soutient même de petites conversations, nous dit : qu'on s'occupe beaucoup d'elle. En classe elle écrit quelques phrases de dictée, elle recopie et opère une addition, une soustraction, une multiplication, posées sur le tableau noir ; elle nous appelle par nos noms lorsqu'elle désire quelque chose.

Au réfectoire elle mange bien, convenablement ; elle nettoie son fromage et nous dit que le brie est bon. T.R 37°,2 matin 37°,3 soir.

19-20-21 *mars*. — L'amélioration se maintient. Le 19, T. R. 36°, 9 et 37°, 2. Le 21, T. R. 36°,9 et 37°,4.

22 *mars*. — R.. a passé une bonne nuit, sans médicament. Ce matin elle se lève bien gaie et son raisonnement est celui d'une enfant normale. Sa physionomie n'est plus la même, son regard n'est pas vague comme les jours précédents. Elle dit se rappeler qu'elle ne voulait pas manger, ni parler, qu'elle avait l'air d'une abrutie : « Je répétais, quand je parlais, toujours la même chose, je voyais de drôles de choses, et j'avais de drôles d'idées, je voudrais m'empêcher d'être bête comme ça, mais je ne puis. Enfin, dit-elle, aujourd'hui c'est fini, je veux devenir comme les autres enfants et ne plus penser à rien. » T. R. 37°,1 et 37°,5.

23-24-25 *mars*. — Même état. L'enfant parait normale.

26 *mars*. — L'enfant, qui était bien la veille, a mal dormi cette nuit, et ce matin elle se lève toute hébétée ; elle est absolument comme les jours où elle délirait ou ne voulait pas parler. Cependant cet état d'hébétude ne dure pas la journée entière : à certains moments elle raisonne très bien et tout à coup son état redevient le même, elle marmotte ; on ne peut comprendre ce qu'elle dit. — Purgatif, etc. T.R. 37° et 37°,4.

30 *mars*. — L'état de l'enfant reste stationnaire depuis plusieurs jours, elle ne veut toujours pas parler, on pourrait croire qu'elle y met un peu d'entêtement, car, visitée souvent par ses parents, elle converse bien avec eux, mais aussitôt

revenue parmi nous, mutisme le plus complet ; il faut insister pour qu'elle nous réponde, très bas, lorsqu'on l'interroge. A l'ouvroir elle exécute le travail qu'on lui donne mais sans dire une parole. — Elle est très lente dans tout ce qu'elle fait.

Pour sortir du réfectoire ou de l'ouvroir, si elle est assise, il faut employer la force pour la faire lever, il en est de même pour marcher, c'est une vraie machine automatique. T.R 36°,9.

2 *avril.* — L'état de l'enfant reste stationnaire, elle ne nous cause toujours pas, elle ne parle que lorsque ses parents viennent la visiter. Depuis plusieurs jours, on remarque que durant la nuit l'enfant se lève plusieurs fois pour aller aux cabinets, malgré sa hâte pour y aller, elle urine tout le long du dortoir, il lui est même arrivé d'uriner dans son lit. Surveillée de très près, la veilleuse surprend notre malade en train de se masturber.

R.. n'a pas eu ses règles ce mois-ci, c'est à peu près le moment où elles doivent venir. (Elle les a eues pour la dernière fois en février. Jusque là elles avaient toujours été abondantes et plutôt en avance.)

9 *avril.* — Depuis deux jours l'enfant va beaucoup mieux, elle suit les autres enfants dans tous les exercices mais très lentement, la parole est plus compréhensible, elle répond mieux aux questions qui lui sont posées. Sa physionomie est bien plus éveillée, sa démarche est meilleure, en un mot un mieux sensible s'est opéré. Purgatif toutes les semaines ; deux douches par jour.

13 *avril.* — L'enfant qui raisonnait assez bien depuis le dimanche 7 avril a de nouveau, aujourd'hui, des idées bizarres. Elle prétend que l'on fait beaucoup de transformations dans le service : « Il se passe, dit-elle, des allées et venues extraordinaires. » Ses phrases sont absolument décousues, elle tient absolument à écrire à son frère pour lui raconter un tas de choses drôles qui se passent autour d'elle. On accède à son désir, elle écrit, mais sa correspondance est celle d'une personne peu sensée, ainsi qu'on va en juger.

Ce 13 *avril.*

Mon cher Gustave,

J'ai à te raconter des choses bien étranges ; ce matin nous sommes allée au champ (1) à Bicêtre nous sommes arrivés et

(1) Au *chant*, à l'orphéon.

nous nous sommes assise sur des bancs des infirmières sont arrivés mais je crois plutôt que c'est des surveillantes. Des enfants malades et diformes sont arrivée, mais il me semblait que s'était comme d'anciens soldats. A côté de moi se trouvait une petite fille qu'on appelle Julie mais il me semble qu'elle se moque de moi. Et puis on a fait comme une lanterne magique avec des mots et des images en expliquant, il me semblait toujours dans un mauvais sens pour moi. Puis sont arrivé des visiteurs M. Bourneville une dame des messieurs et un officier ou du moins quelqu'un habillé en officier car il me semble que maintenant on prend des costumes et des noms étranges. Il se faisait des allée et venues à n'en plus finir et puis je restait là à ne rien dire tandis que les autres parlaient beaucoup. On a chanté. On a terminé par la *Marseillaise* je me suis levé puis assise, je ne savais comment faire puis on s'est mis en groupes je suis restée moi à côté de Julie (2) et l'on faisait des signes on interrogeait et l'on se montrait des photographies et différentes choses et je ne savait ou me mettre. Puis M. Bourneville nous a dis allez manger mais il me semble toujours que nous mangeons des choses sales lorsque en nous en revenant on passe sous des couloirs et l'on voit beaucoup de lits vides. Dans le dortoir où je couche il y en a des petites des grandes et l'on fait frotter le soir il me s'emble que tout cela est pour me faire aller et puis on déménage tout en ce moment, mais ce qui me semble le drôle c'est qu'on mange comme dans un restaurant et que tout le monde me sert et qu'on ne mange pas tout le monde à la même heure. Je vois ici beaucoup de monde et il me semble que je vois des personnes que j'ai vu autrefois à la maison, j'ai hâte de revenir à la maison pour pouvoir revoir la famille. Ici je voudrais aider mais c'est tellement granp je ne sais jamais par quel bout commencé. Mais il me semble que tout ce que je t'écris tu le sais. Si tu viens demain ici avec papa et maman je voudrais bien partir avec vous pour retrouver la maison. Depuis dimanche je vais mieux.

Ta sœur qui t'embrasse bien fort.

Suzanne.

Nous avons reproduit textuellement sa lettre avec ses fautes et son absence de ponctuation. (Avant sa maladie, elle faisait aussi des fautes d'orthographe, mais beaucoup moins.)

---

(2) Il s'agit d'une malade de son âge atteinte, comme elle, d'hébéphrénie.

Il est bien difficile de lui faire faire de la gymnastique ; elle ne veut exécuter aucun mouvement et on ne peut arriver à la faire plier, elle n'y apporte du reste aucune bonne volonté.

15 *avril.* — L'état de la malade reste stationnaire, elle répond mais lentement aux questions qui lui sont posées. Elle répète continuellement qu'elle voudrait retourner à la maison.

23 *avril.* — Même état. Elle cause peu avec nous ainsi qu'avec ses compagnes. Très-bavarde avec ses parents à qui elle raconte des choses plus ou moins vraies. Elle est toujours à surveiller sous le rapport de l'*onanisme.*

L'appétit est bon, elle mange proprement mais là comme ailleurs elle reste très-lente. L'enfant a engraissé de deux kilogr. depuis 8 jours.

26 *avril.* — L'enfant a passé une bonne journée elle a été beaucoup plus gaie et beaucoup plus causeuse qu'à son ordinaire, parlant même sans qu'on l'y invite, provoquant la conversation et raisonnant très-bien. Sa physionomie est plus éveillée, les pupilles moins dilatées, le teint plus clair, et aujourd'hui on constate que l'état intellectuel de l'enfant a fait un sensible progrès vers l'amélioration. — Son sommeil est moins agité. L'onanisme tend à diminuer. — *Traitement* : Deux douches, une cuillerée à café de valérianate d'ammoniaque. Gymnastique. Purgatif tous les 8 jours.

30 *avril.* — Depuis le 26 l'amélioration continue. R.. est allée le 28 se promener à Robinson avec son père, sa mère et son frère. Le soir elle a raconté sa promenade. Elle ne paraît plus avoir d'*idées de culpabilité.* — Elle ne dit plus qu'elle cause de chagrin aux autres. — Elle ne se touche plus depuis quelques jours. — Elle cause convenablement. Le raisonnement est correct. Les réponses sont toujours lentes de même que les mouvements. — Elle s'habille, se déshabille, se donne tous les soins de propreté. Durant l'interrogatoire, les pupilles se dilatent par instants. La malade nous quitte, ouvre et referme la porte avec beaucoup de lenteur.

10 *mai.* — L'amélioration persiste, notre malade n'a plus la même physionomie, ses pupilles sont moins dilatées et son regard n'a plus l'expression d'hébétude qu'il avait pendant la période de mutisme.

Son raisonnement est meilleur ; elle cause davantage et soutient une conversation ; cependant cette semaine il lui est arrivé d'avoir des idées un peu bizarres et des réflexions

très drôles, ainsi par exemple : En classe M[lle] Lapeyre ayant ouvert les portes à deux battants pour laisser passer les enfants, Suzanne a demandé pourquoi on ouvrait ces portes Au réfectoire, étant à table, Suzanne dit tout à coup « toutes les enfants desservent les tables, il n'y a que moi qui reste assise. » Son père étant venu la visiter, elle lui a dit qu'elle ne faisait rien de la journée et qu'on la laissait assise sur un banc, ce qui est inexact.

Tous ses mouvements sont lents, sa démarche n'est pas assurée. Son sommeil est bon pour le moment et on ne constate plus d'onanisme. — *Traitement* : Purgation tous les huit jours; valérianate d'ammoniaque, 3 cuillerées à café tous les jours ; deux douches.

20 *mai.* — Depuis le dimanche 12 mai, une véritable métamorphose s'est opérée chez notre malade, sa physionomie n'est plus la même, l'expression est plus vive ; son raisonnement est bon, elle est même devenue bavarde, à toutes les questions qui lui sont posées elle répond franchement, sa parole et tous ses mouvements sont moins lents, sa démarche qui laissait à désirer, est meilleure. (Elle marchait courbée et inclinée sur le côté.)

L'enfant s'aperçoit qu'elle n'est plus la même, elle dit : « Je vais mieux et j'ai la tête beaucoup plus libre. » Au réfectoire elle ne reste plus inerte comme autrefois, elle cherche à se rendre utile, elle met et enlève le couvert. L'appétit est bon ainsi que le sommeil. Elle n'est pas difficile pour la nourriture, elle est étonnée elle-même de son appétit : « Moi qui étais si difficile à la maison, il fallait que maman me fasse des plats à part, ici je mange de tout et cela me semble très-bon. »

4 *juin.* — Suzanne va tout-à-fait bien, elle paraît absolument normale, le mutisme a disparu et fait place au bavardage, elle ne cesse de causer, jouer et chanter toute la journée. Elle a beaucoup d'entrain pour tout ce qu'elle fait; sa tenue est bonne et ne laisse rien à désirer. Grande amélioration.

18 *juin.* — L'enfant va très-bien. — Rien d'anormal à signaler dans son état. Suppression du valérianate d'ammoniaque.

Juillet. — Suzanne va tout-à-fait bien, elle suit tous les exercices des classes et de la gymnastique comme les autres enfants ; elle travaille bien à la couture et au repassage. Sa conduite est excellente. — *Traitement :* 2 douches par jour, purgatif tous les 8 jours. École et gymnastique.

21 *juillet.* — L'enfant va tout-à-fait bien, elle est envoyée en congé d'essai.

8 *octobre.* — Depuis son envoi en *congé* d'essai, Suzanne est allée à la campagne jusqu'au 18 septembre. Elle s'occupait des soins du ménage et se promenait. La physionomie est naturelle, sa tenue très soignée. Elle a eu ses règles le 14 août, le 14 et le 28 septembre (1). Les fonctions digestives s'accomplissent bien. *Elle n'a plus présenté aucun trouble intellectuel.* — De son départ à son retour, le traitement a été le suivant : bain de rivière de 10 minutes ; purgatif toutes les semaines ; tisanes amères ; lotions froides, vinaigrées sur la figure, au coucher. — A partir de ce jour, reprendre les douches froides en jet en éventail, 30 secondes.

31 *décembre.* — R.. est toujours en congé. Elle a pris exactement ses douches. Elle a recommencé ses études sans fatigue (2). Parfois elle a quelques irrégularités de caractère, des absences d'amabilité, des mouvements d'humeur ; elle est plutôt exubérante. Elle a eu quatre ou cinq fois des maux de tête. Le sommeil est bon, un peu lent à venir. Les *règles* sont venues régulièrements mais avec deux jours de retard. — Légères démangeaisons aux jambes.

1902. 19 *mai.* — En avril, fréquentes douleurs de tête. Deux fois, en se levant, brouillard devant les yeux. En raison de ces accidents, durant lesquels le caractère est devenu plus inégal, moins aimable, elle a moins travaillé intellectuellement. Son caractère naturel, dit sa mère, a repris le dessus. Elle est redevenue aussi gaie qu'autrefois, un peu exubérante. — Règles régulières ; leucorrhée légère. — Continuer les douches, les purgatifs ; capsules de bromure de camphre du Dr Clin.

1er *juillet.* — Les douleurs de tête ont cessé. R.. va bien sous tous les rapports. Toute trace d'anémie a disparu. — Même traitement.

RÉFLEXIONS. — I. Les renseignements sur la famille de la malade sont un peu insuffisants. Nous avons à relever cependant l'*état névropathique* du père, qui

---

(1) Depuis son entrée le 4 mars jusqu'au 10 juillet, R... n'avait pas eu ses règles. A partir de là elles ont été régulières.

(2) Elle s'occupe surtout de dessin en vue de se placer dans « l'industrie. »

a des *migraines*, ainsi qu'une demi-tante paternelle dont une fille, qui vit encore (26 ans), est *idiote*, ni gâteuse, ni épileptique ; elle n'a pas d'enfant (1). — Sa mère parait indemne, mais sa sœur, tante maternelle de l'enfant, a eu des *attaques de nerfs*.

II. Signalons en passant, sans y insister dans ce cas, une *obsession* de la mère pendant la grossesse.

III. A l'entrée et pendant une semaine, R... a été tranquille, d'apparence saine, au point de vue mental. Puis, du 10 au 18 mars, nous assistons à une période de *mélancolie* très caractérisée : mutisme, hébétude, sombreur, inertie physique et intellectuelle, refus de manger, hallucinations de la vue, idées bizarres et de culpabilité, inperprétations fausses, onanisme, amaigrissement (2), *abaissement de la température*, etc.

Du 11 au 26 mars survient une *rémission*, suivie d'uue nouvelle période mélancolique, moins prononcée que la première qui dure du 26 mars au 7 avril. Après une rémission du 7 au 12 avril, troisième période mélancolique qui persiste jusqu'au 20 mai. A partir de là, et assez promptement, retour à l'état normal.

IV. A quelle cause attribuer la maladie ? L'hérédité est en somme peu chargée. Toutefois elle suffit pour expliquer l'impressionnabilité habituelle de l'enfant. Elle n'a pas eu, semble-t-il, d'amourettes. En 1899, une nuit, elle a été émotionnée, parce qu'on entendait chez elle des bruits étouffés comme si on assassinait

---

(1) Nous avons appris au moment de la rédaction de l'observation que la mère de S... avait une *cousine germaine* atteinte d'un arrêt de développement physique (1m,40) et était un peu bizarre.

(2) Son *poids* à l'entrée, en mars, était de 49 kil. ; à la fin de juin, après guérison, il était de 50 kil. 500. La *taille* est restée la même, 1m60.

quelqu'un. Ses parents s'étaient levés, inquiets. On apprit le lendemain qu'il s'agissait d'un homme, habitant à l'étage supérieur, qui avait eu une crise d'épilepsie. Cette émotion fut passagère. L'enfant se livrait à l'onanisme depuis une année environ, ce qui l'avait affaiblie, énervée et lui a inspiré, après des remontrances, l'idée de mauvaises confessions, l'idée de culpabilité. La jeune fille, elle, ne sait à quoi attribuer son aliénation mentale.

V. Nous n'avons pas à revenir sur le *traitement* que nous avons indiqué chemin faisant, au cours de l'observation. Il a été suivi très exactement jusqu'à l'envoi en congé (21 juillet), repris en octobre 1901 et continué en 1902.

Nous avons revu Suzanne R... à diverses reprises, la dernière fois à la fin de 1902. Elle n'a plus présenté de troubles intellectuels, est redevenue gaie, active. Ses règles, qui avaient été suspendues durant les premiers mois de 1901, ont reparu en juillet, peu après la disparition des troubles psychiques, et, depuis, ont été régulières. En pareil cas, nous continuons le *traitement hydrothérapique* afin d'affermir la guérison et de modifier autant que possible le terrain névropathique. Les parents l'ont compris et nous ont bien secondé.

BIBLIOGRAPHIE. — Nous profitons de l'occasion qui nous est fournie par la publication de cette observation pour rappeler les principales publications que nous avons faites soit seul, soit avec nos élèves, sur la *folie des enfants*.

1° *Instabilité mentale avec perversion des instincts* (en collaboration avec Budor). Compte-rendu de 1884, p. 147 ; — 2° *Instabilité mentale avec perversions de instincts*, com-

pliquée d'hystéro-épilepsie; condamnations multiples (en collaboration avec Leflaive). *Ibid.*, p. 164; — 3° *Réflexions sur les deux cas qui précèdent. Ibid.*, p. 174; — 4° *Hallucinations de la vue, de l'odorat et du goût* (en collaboration avec Courbarien). *Ibid.*, 1885, p. 54; — 5° *Folie de l'adolescence; instabilité mentale; idées vagues de persécution; succube* (en collaboration avec Sollier). Compte-rendu de 1887, p. 237; — 6° *Imbécillité légère; instabilité mentale avec perversion des instincts et impulsions génitales* (Kleptomanie, onanisme, sodomie, syphilis) (en collaboration avec Raoult). Compte-rendu de 1888, p. 61; — 7° *Imbécillité et instabilité mentale; impulsions génitales* (en collaboration avec Sorel). Compte-rendu de 1891, p. 108; — 8° *Arriération intellectuelle consécutive à une brûlure de la tête; instabilité mentale; délire mystique* (en collaboration avec Tissier). Compte-rendu de 1895, p. 77; — 9° *Alcoolisme, instabilité mentale, crises hystériformes, guérison* (en collaboration avec J. Boyer). Compte-rendu de 1896, p. 218; — 10° *Dipsomanie de l'adolescence. Ibidem*, p. 225; — 11° *Imbécillité et instabilité mentale avec perversions des instincts.* Compte-rendu de 1897, p. 1; — 12° *Manie de l'adolescence avec nymphomanie* (en collaboration avec Katz). Compte-rendu de 1898, p. 63; — 13° *Alcoolisme de l'enfance, instabilité mentale, imbécillité morale* (en collaboration avec J. Boyer). *Ibid.*, p. 84; — 14° *Folie de l'adolescence* (en collaboration avec Belin). Compte-rendu de 1899, p. 194; — 15° *Folie de l'adolescence* (en collaboration avec Ambard), Compte-rendu de 1901, p. 111 et 170.

XXI.

Idiotie prononcée; impulsions violentes : dacnomanie, krouemanie ; mutilations; autophagie;

PAR BOURNEVILLE ET Max BLUMENFELD.

Nous croyons devoir appeler tout particulièrement l'attention de nos lecteurs sur l'observation qui suit : le malade qui en fait l'objet nous fournit le plus bel exemple d'autophagie que nous ayions rencontré jusqu'ici.

SOMMAIRE. — *Père, caractère vif, sobre. — Grand-père paternel, alcoolique.*

Mère, rien de particulier. — Grand-père maternel, mort de tuberculose pulmonaire. — Arrière grand'mère maternelle, morte aliénée.

Consanguinité. — Inégalité d'âge de 6 *ans* (père plus âgé).

Conception, grossesse, accouchement, rien de particulier. — Asphyxie à la naissance. — Ophtalmie des nouveau-nés. — Première dent à cinq mois. — Dentition complète à ?. — Début de la marche à 20 mois, de la parole à 2 ans, de la propreté à 3 ans. — Convulsions à un mois et demi à 3 ans et demi. — Parésie consécutive des mains, surtout de la droite.

Description du malade à l'entrée : Parole défectueuse ; — incapacité de se déshabiller, de manger seul. — Marche instable ; — parésie des membres du côté droit ; accès de colère ; aime la musique. — Rougeole à un an et demi. 1895. — *Contusion de la tête ; — adénite suppurée, coqueluche. — Manie de griffer et de mordre (dacnomanie).* 1897. — *Teigne. —* 1899. — *Pleurésie du côté gauche. —*

De 1895 à 1901. *Traitement médico-pédagogique : amélioration progressive.*

1902. — *Accès de démangeaisons violentes à la face. — Contusions, gonflement des paupières gauches. — Érysipèle. — Krouomanie. — Phlegmon de l'orbite gauche. — Suppuration et perte de l'œil. — Manie de s'écorcher ; autophagie.* (Lèvre). — *Excitation maniaque. — Cachexie progressive. — Mort.*

Autopsie. — Ecchymoses du cuir chevelu. — Os du crâne durs, épais; pas de synostose; sclérose atrophique du lobe carré et méningo-encéphalite disséminée. — Congestion pulmonaire récente.

Lero.. (Félix), né à Paris, le 12 juillet 1891, est entré dans le service le 30 juin 1895.

Antécédents. *(Renseignements fournis par sa mère* en 1895*).* — PÈRE, 31 ans, cocher; marié à 25 ans, réformé pour rhumatismes ; pas de syphilis. — Céphalgies à partir de 10 ans. Très sobre, mais caractère vif, coléreux. — [*Père,* mort à 53 ans de pneumonie, très nerveux, alcoolique (absinthe), tombait alors dans des attaques de nerfs. — *Mère,* morte à 53 ans de la rupture d'un anévrysme de l'aorte. — *Grands-parents,* rien. — Deux *tantes* et un *oncle,* bien portants ; ce dernier aurait néanmoins des palpitations de cœur. — Rien autre de saillant à noter dans le reste de la famille paternelle].

MÈRE, 26 ans, fille de boutique dans une pâtisserie, mariée à 20 ans, fièvre muqueuse à 5-6 ans, assez nerveuse, céphalalgies, ni syphilis, ni dartres, morte de *tuberculose pulmonaire* en 1898. — [*Père,* mort à 38 ans de *tuberculose pulmonaire* ; il souffrait aussi d'une maladie de cœur ; sobre. — *Mère,* faible de santé; pleurésie il y a 3 ans; depuis ce temps jamais bien portante.—*Arrière grand'mère maternelle,* morte *aliénée* après un séjour de 6-7 ans à la Maison nationale de Charenton. — *Tante maternelle,* attaques d'*hystérie* depuis l'âge de 16 ans. — Un *oncle maternel,* fièvre typhoïde à 25 ans, santé délicate à la suite; *céphalalgies;* a perdu un enfant de 6 mois de la cholérine avec *convulsions.* — Rien à noter chez les trois autres *oncles maternels,* ainsi que chez l'*oncle* et la *tante maternels.* — Aucun accident nerveux dans le reste de la famille].

Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 6 ans (Père plus âgé).

Notre malade. — La *conception* a eu lieu dans de bonnes conditions. — *Grossesse* : pas de coups, pas de chutes, pas d'émotions, pas d'idées noires, pas d'alcool. — *Accouchement* à terme, naturel en 7 heures. Présentation de la tête. — A la *naissance*, l'enfant avait plusieurs tours de cordon, ne respirait pas, était en *asphyxie bleue;* respiration artificielle, frictions ; il n'aurait bien respiré et crié qu'au bout de 24 heures. Nourri au biberon depuis la naissance jusqu'à 3 ans (lait de vache). — A un mois et demi *petites convulsions* limitées à la face, intermittentes, qui se sont renouvelées pendant 4 ou 5 jours, et sur lesquelles des détails précis font défaut. — Première dent à 5 mois. — Début de la marche à 20 mois, de la parole à 2 ans. Propre à 3 ans. — Caractère turbulent. — A 3 ans et demi *convulsions* débutant dans la nuit; les yeux sont tournés en haut, les membres agités. Ces convulsions durent de 8 heures du soir jusqu'à 4 heures du matin, s'accompagnent d'incontinence d'urine et des matières fécales et se terminent par un sommeil profond. Trois ou quatre jours plus tard, nouvelles convulsions pendant une heure et demie. Comme les premières, elles étaient généralisées ; on ne saurait dire si elles prédominaient d'un côté. — Les parents ont remarqué, après ces convulsions, que l'enfant présentait de la *parésie des mains.*

Dès qu'il a commencé à marcher, il a pris l'habitude de se cogner la tête. On l'attribua à ce qu'il portait un bourrelet ; on l'a supprimé, les cognements ont continué Ils se manifestaient tous les jours, plusieurs fois par jour. Ils ont augmenté *après les convulsions,* Ler.. se jetait par terre et se cognait la tête sur le sol. De plus, il *se mordait, se griffait,* mais ne s'attaquait pas aux autres. Il semblait insensible à la douleur. Parfois grincements de dents.

Les parents attribuent l'idiotie aux grandes convulsions de 3 ans et demi. Elle existait, suivant nous, bien avant. En effet, la manie de se cogner la tête (*krouomanie*), la manie de se griffer (*amyssomomanie)* ont débuté vers 20 mois. Il était *en retard* pour tout. La parole était limitée à quelques syllabes plus ou moins mal articulées, les mains étaient déjà maladroites (la maladresse paralytique a augmenté après les états de mal). Les convulsions de 3 ans et demi n'auraient fait qu'aggraver la situation pathologique préexistante.

Pas d'instincts spéciaux, pas d'onanisme. Rougeole à un an et demi. — Vacciné à 6 mois. — Pas d'étourdissements, ni de vertiges. — *Changements fréquents de coloration de la face.*

Sommeil calme, sans cauchemars. — La mémoire parait peu développée. — Il n'est jamais allé à l'école. — Il ressemblerait surtout au père. — La famille ne connait aucune cause définie à la maladie.

État actuel. — L'enfant présente un aspect de bonne santé apparent. — L'expression est un peu hébétée et craintive. Les *cheveux*, châtains, sont irrégulièrement implantés autour d'un tourbillon postérieur; ils sont rares sur les tempes et au niveau des bosses pariétales; pas d'épi. — *Crâne* assez volumineux, régulier. Les *bosses pariétales* sont proéminentes. Les *bosses frontales* sont surtout très saillantes au niveau de la ligne médiane. — *Face* ovale; pas de cicatrices. — Arcades sourcilières saillantes. — *Sourcils* régulièrement implantés, épais et fournis au niveau de l'extrémité externe. — *Fentes palpébrales* largement ouvertes. — *Cils* à direction antéro-postérieure, blonds cendrés. *Blépharite* à droite. *Pli orbito-palpébral* excessivement saillant et chargé de graisse. — *Yeux* mobiles; pas de strabisme, de nystagmus, ni de paralysie. — *Iris* bruns foncés. *Pupilles* réagissant à la lumière et à l'accommodation. — *Nez*, droit; narines regardant en bas, largement ouvertes; lobule peu saillant. *Odorat*, normal. — *Pommettes* symétriques, peu saillantes. — *Bouche* entrouverte; *lèvre supérieure* un peu proéminente. — *Palais*, normal. — *Amygdales*, un peu hypertrophiées. — *Langue*, peu épaisse, à mouvements difficiles; pas de déviation, ni de tremblement. *Goût:* Ler.., perçoit les saveurs et les distingue. — *Menton*, régulier. Pli naso-labial peu marqué. — *Oreilles* grandes, écartées de la tête. Angle céphalo-auriculaire largement ouvert. Hélix bien ourlé. Tubercule à l'union de la portion descendante et de la portion horizontale. Anthélix normal. Lobule développé et bien détaché.

Cou, circonférence 25 cent. *Corps thyroïde* normal.

Thorax. Pas de déformation thoracique, ni de scoliose. Rien à l'auscultation ni à la percussion du cœur ou des poumons. — *Abdomen* peu saillant; rien aux organes abdominaux.

Organes génitaux. — Région anale, rien. — Pubis et corps glabres. — Verge : circonférence, 5 cent. 1/2; longueur 3 cent. 1/2. — Prépuce long, recouvrant entièrement le gland. Testicules dans les bourses, du volume d'un haricot.

Sensibilité générale normale au toucher et à la température.

Membres supérieurs, réguliers; cicatrices de vaccin aux deux bras; pas de malformation. Mouvements volontaires et provoqués, affaiblis. Les *mains* sont un peu pendantes, l'enfant prend à poignée. Les ongles ne sont pas rongés.

Membres inférieurs, normaux; mouvements volontaires et provoqués, diminués; « il marche du bout des pieds » qu'il



Fig. 27. — Ler.. (Félix) à 4 ans (Juin 1895).

soulève péniblement et tombe souvent. *Réflexes naturels* (*Fig.* 27).

État mental. — Ler.. est très turbulent et coléreux. Sa *parole* est très défectueuse; pour dire : « bonjour madame »,

dit : « jou dame », a poupe pour soupe. Il cause peu, avec difficulté, ne répond pas aux questions. Il marche sur la pointe des pieds, le corps penché en avant, ne semblant jamais être en équilibre et tombe souvent. Il tourne les pieds en dedans, principalement le droit. Il monte et descend les escaliers seul, sans hésitation, mais toujours le même pied en avant.

Ler.. ne mange pas seul, essaie de porter la cuiller à sa bouche, mais renverse presque tout le contenu sur lui; il boit peu, n'a nulle appétence pour le vin, préfère l'eau. Il est très gourmand, sait parfaitement reconnaître un bon plat d'un mauvais et préfère de beaucoup les mets sucrés aux mets salés.

L'enfant ne sait ni s'habiller, ni se déshabiller seul. Il est propre le jour, mais il lui arrive quelquefois d'uriner la nuit. — *Il est très maladroit de ses mains* et semble avoir un peu de *paralysie,* principalement de la main droite, d'où la nécessité des exercices de la main.

Comme *manie* l'enfant à celle de porter continuellement les doigts à la bouche. — Il a de nombreux *accès de colère* et de *cris ;* il pleure rarement et seulement dans ses grandes colères ou lorsque ses parents viennent de le quitter : son chagrin alors est long à apaiser.

Ler.. ne répond que par oui ou non, mais avec assez d'à propos, aux questions qu'on lui pose. Il chantonne assez juste et adore entendre chanter. Mené deux fois à la leçon de chant, il y est resté absolument en extase, les yeux fixes et la bouche entr'ouverte. — Il ne connait ni lettres, ni couleurs, ne sait ni nouer, ni lacer, ni boutonner; ne fait pas de différence d'un plus petit et d'un plus grand, d'un objet lourd d'un plus léger.

Au point de vue du *caractère,* l'enfant est très entêté, indocile, turbulent, malicieux, taquin avec méchanceté pour les autres enfants dont il est jaloux. — Il dérobe très prestement, en ayant bien soin qu'on ne le voie pas, les gourmandises à sa portée. Il est très poli, ne manquant jamais de remercier pour les choses données.

Les *sentiments affectifs* paraissent bien développés. Ler... est sensible aux caresses, mais très gâté par sa mère, il est excessivement colère ; si on ne fait pas toutes ses volontés, il crie, se roule par terre, mord, s'arrache les cheveux, s'égratigne les oreilles ; il ne cède qu'à son père qui paraît avoir une grande autorité sur lui.

Températures à l'entrée.

				Soir.	Matin.
30	juin	1895 ...	1er jour.......	37°,1	»
1	juillet	— ...	2e —	37°,2	37°,1
2	—	— ...	3e —	37°,3	37°,2
3	—	— ...	4e —	37°,2	37°,1
4	—	— ...	5e —	37°,1	37°

21 *juillet.* — L'enfant entre à l'infirmerie avec des plaies du cuir chevelu produites par une chute sur des cailloux. Il a en outre de l'*impétigo* aux mains. Un gros ganglion de la nuque menace de suppurer. La température est à 38°,9. — Pansement au sublimé.

24 *juillet.* — La fièvre est rapidement tombée et les blessures se sicatrisent, mais le ganglion de la nuque ayant suppuré a été incisé.

29 *juillet.* — *Traitement :* École, douches de 20"

16 *août.* — *Revacciné sans succès.*

14 *septembre.* — Ler... entre à l'isolement atteint de *coqueluche.* — Traitement : 1 gr. d'antipyrine en 5 fois, etc. Il en sort guéri le 20 octobre.

1er *décembre.* — L'enfant a fait quelques progrès sous le rapport de la parole ; il commence à distinguer les couleurs et quelques figures géométriques. — Il est un peu plus docile, mais a encore assez souvent des colères ; il *s'égratigne* et *mord* ses camarades. La marche est toujours difficile, malgré le massage et les exercices des jointures qui ne sont peut-être pas aussi fréquents qu'il conviendrait.

5 *décembre.* — *Traitement :* Huile de foie de morue et sirop de fer.

1896. 1er *juin.* — Ler... a réalisé de sensibles progrès pour la parole et pour la classe ; il connait toutes les couleurs, ainsi que les chiffres ; compte jusqu'à dix ; nomme les jours de la semaine ; fait la différence d'un plus grand d'un plus petit, d'un objet lourd d'un plus léger. Commence à lacer, mais ne peut encore ni nouer, ni boutonner. — École, gymnastique, douches, etc.

1er *décembre.* — Très amélioré, l'enfant prononce maintenant des mots de plusieurs syllabes et fait même de petites phrases. La langue se meut toujours avec difficulté mais comme il fait de sérieux efforts pour bien articuler, cet enfant

a fait de réels progrès. Les mains sont toujours maladroites; il est parvenu à lacer, mais ne peut ni nouer ni boutonner.

Ler..., a appris à connaitre les lettres de l'alphabet, les chiffres, à distinguer sa droite et sa gauche, les cinq sens. Il connait et nomme tout ce qui est contenu dans la boite aux *leçons de choses*; écoute bien les leçons orales et répond avec à propos aux questions. — Au point de vue du caractére, l'enfant est toujours très volontaire, très coléreux et méchant avec les autres enfants qu'il griffe (1) et mord très souvent. — La marche est moins titubante, l'enfant tombe moins souvent.

1897. 5 *mars*. — Ler.... entre au Pavillon d'isolement atteint de *teigne* tondante. — *Traitement* : Lavage au savon noir, lotions au sublimé, teinture d'iode et cataplasmes de farine de lin.

12 *juillet*. — *Organes génitaux*. Corps, aisselles, absolument glabres. Verge : longueur 3 cent. 1/2 ; circonférence 5 cent. Testicules de la grosseur d'un haricot. Région anale normale. — *Traitement*. Bains salés, sirop d'iodure de fer, huile de foie de morue, douches, etc. (*Fig*. 28.)

1898. 1er *janvier*. — L'enfant est toujours à l'isolement pour la teigne; les colères semblent être moins fréquentes.

1899. 25 *mars*. — L'enfant sort de l'isolement guéri de la teigne.

Juin. — Ler.... a fait des progrès assez sensibles, en raison du peu de temps qu'il est sorti du pavillon des contagieux. *Il est moins maladroit de ses mains, est parvenu à nouer et à boutonner;* connait toutes les couleurs, compte jusqu'à 20, place bien les bâtonnets. La marche est beaucoup plus assurée, l'enfant ne tombe plus comme autrefois. *Traitement :* Bains salés, sirop d'iodure de fer, huile de foie de morue, douches, etc.

20 *juillet*. — *Épanchement pleurétique* à gauche. Le liquide est en moyenne abondance. La matité remonte en arrière seulement à deux travers de doigt au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate. T. R. 39°, 7.

21 *juillet*. — T. R. matin, 38°, 9; soir, 40° mêmes signes à l'auscultation et à la percussion. Pas de dyspnée.

---

(1) *Amyssomanie*, de ἀμύσσω, je griffe.

26 *juillet.*— L'épanchement a diminué et on entend dans tout le côté, presque jusqu'en bas, des frottements pleuraux, humides, de retour. Température du matin 37°, 6; du soir 39°.

31 *juillet.* — La respiration s'entend, encore un peu modifiée, dans tout le poumon. L'épanchement parait avoir en grande partie disparu.



Fig. 28. — Ler.. (F.) à 6 ans (1897).

6 *août.* — L'épanchement a disparu. T. R. matin 37°, 1 ; soir 38°,4.

12 *août.* — Chute de la température; on entend la respiration normale du poumon.

23 *août.*— L'enfant sort de l'infirmerie guéri.

1900. *Janvier.* — Ler... dont la *parole* était pour ainsi dire nulle à son arrivée, dit tout aujourd'hui, forme des phrases en

employant les verbes. L'articulation est nette, seulement la langue semble se mouvoir toujours avec peine, la parole est lente, un peu embarrassée et présente une certaine analogie avec celle d'un vieillard. *Exercices de la langue.*

Cet enfant a beaucoup d'amour-propre, il travaille avec ardeur en classe, heureux que l'on s'occupe de lui et si une teigne persistante ne l'avait retenu longtemps à l'isolement, il serait certainement plus avancé. Il a appris à placer et à lire les couleurs et les chiffres, établit bien le rapport de la quantité avec le chiffre.

19 *janvier.* — Plaque de *teigne* qui nécessite de nouveau son envoi au pavillon d'isolement.

14 *février.* — Le malade, en raison de son état paralytique, est soumis au massage et, en particulier, aux exercices des jointures.

Organes génitaux. Corps entièrement glabre ; verge 4 cent. 1/2 de long sur 2 cent. 1/2 de circonférence. Bourses petites. Testicules (haricot) à l'anneau. Anus normal.

Juin. — Ler..., guéri de la teigne, revient à l'école. Atteint de paralysie incomplète mais généralisée, Ler... était incapable de tenir un crayon ; il pleurait de rage, ramassait son crayon, essayait de tracer quelques lignes, le crayon tombait de nouveau et cet enfant, avec une volonté rare, recommençait cinq ou six fois non sans entrer dans des colères folles, *se mordant, se donnant des claques et se tirant les cheveux.* Enfin, grâce à cette volonté persistante, il est enfin arrivé à tracer quelques lettres, puis à les assembler et former des mots dans l'espace de quelques mois. Il est parvenu également à tracer tous les chiffres. Il apporte non moins de bonne volonté pour la lecture et fait de réels progrès.

Caractère affectueux mais jaloux, il voudrait toujours qu'on s'occupe de lui. Doué de beaucoup d'amour-propre, il implore continuellement des louanges qui le comblent de joie. Très volontaire et très colère, il entre en rage lorsqu'on lui fait des reproches ou si on ne lui donne pas ce qu'il désire. Très glouton, il mangerait à se rendre malade s'il n'était surveillé.

1901. *Janvier.* — Ler... continue à apporter la même bonne volonté pour tous les exercices scolaires, aussi continue-t-il à réaliser de grands progrès pour la lecture et l'écriture. — Il commence à faire de petites additions. — Il copie sur son cahier un certain nombre de *mots imprimés*, tels que : cou-

leurs, nombres, surfaces, famille, vêtements, qu'il lit avec la même facilité.

Juin. — Atteint pendant ce dernier semestre d'une sorte d'eczéma à la face, cet enfant, qui fait partie des malades de l'isolement pour la teigne, est venu peu en classe pendant ce



Fig. 29. — Ler.. (F.) à 10 ans (1901).

dernier semestre et a réalisé peu de progrès bien qu'apportant toujours une grande bonne volonté. Doué de mémoire, il n'oublie pas ce qu'il a appris, fait des progrès très sensibles en lecture dès qu'il nous est permis de le faire lire quelques jours de suite. Ler... éprouve beaucoup plus de difficulté pour l'écriture. Caractère: un peu plus docile, moins colère.

Décembre.— Depuis que Ler.... est revenu de l'isolement,

il a progressé pour tous les exercices classiques ; l'écriture est en bonne voie ; il fait quelques copies, quelques petits exercices de grammaire qu'il comprend. Il fait l'addition et la soustraction avec retenue sans en comprendre l'application. La lecture marche de pair.

Cet élève, contrairement à la plupart de nos enfants au



Fig. 30. — Ler.. (F.) à 10 ans (1901).

début, a un désir ardent d'apprendre et se met toujours en avant pour répondre. Il écoute avec beaucoup d'attention et profite plus que tout autre des leçons orales.

Caractère toujours affectueux mais jaloux et rageur ; volonté très tenace : lorsqu'il veut obtenir quelque chose il revient sans cesse à son idée et lorsqu'il ne peut y arriver, il rage,

tions qui sont posées. Il commence à avoir quelques notions de grammaire, d'histoire et de géographie.

Ler.... a de *violentes colères* qu'il passe sur lui-même en se *calottant, s'égratignant*, se *mordant*, *tapant du pied*, mais ces colères n'ont pas de durée, elles tombent subitement, il demande alors pardon, promet de ne plus recommencer.

Cet enfant est sujet à des poussées de démangeaisons à la figure, tantôt aux lèvres et à leur pourtour, tantôt aux yeux, au nez, dans le cuir chevelu, il est alors porté à se gratter d'une façon intolérable, on est obligé de lui mettre le manchon et, malgré cela, il arrive à *s'égratigner*, à *s'écorcher*, il se produit alors de l'enflure, une suppuration blanchâtre et des croûtes. Ces accidents se répètent très souvent, du reste. La moindre écorchure, le plus petit bobo les déterminent.

1er-5 *juillet*. — Gonflement des paupières surtout à gauche due peut-être à une *piqûre d'insecte*.

8 *juillet*. — Ler..., est amené à l'infirmerie ce matin; il présente un gonflement assez considérable des paupières surtout à droite, beaucoup moins à gauche. — Pansement à l'eau boriquée.

9 *juillet*. — Gonflement persistant des paupières à droite et à gauche, avec rougeur érésypélateuse s'étendant aux joues. Un peu de pus dans l'œil droit. — Nitrate d'argent et lavage de l'œil. — A cinq heures du soir l'enfant passe à l'isolement.

Ler..., parait avoir été piqué par un insecte sous l'œil gauche, et, à la suite des coups qu'il s'est donnés, est survenu un *érysipèle*. Il se frappe continuellement la tête contre les barres de son lit et se cogne la face. Pour parer à ces accidents, on a mis des planches matelassées à son lit et on lui maintient continuellement le manchon.

11 *juillet*. — Traitement : 10 gr. d'huile de ricin, 0 gr. 25 de sulfate de quinine, un bain tous les jours, pansements avec des compresses d'eau bouillie, lavage de la bouche avec une solution de chloral. Lait, bouillon, limonade avec du jus de citron, chloral.

	Soir.	Matin.
	—	—
9 juillet 1902.......	38°	»
10 — —	39°	38°
11 — —	39°,2	38°,4
12 — —	39°,4	38°,4
13 — —	38°,4	38°,2

Le malade est encore plus agité depuis l'alitement.

13 *juillet.*— L'aspect de la face est repoussant, l'œil gauche est en *exophtalmie* sous des paupières très œdématiées, la paupière supérieure est sillonnée d'une plaie transversale due à un coup qu'il s'est donné. La lèvre inférieure à gauche est également coupée par une morsure. (*Fig.* 32). Cependant l'état général semble s'être amélioré ainsi que l'état local.

15 *juillet.* — A la suite de son *érysipèle* de la face, il a fait un *phlegmon de l'orbite* qui a entrainé la suppuration et la perte du globe oculaire. Actuellement, tuméfaction considérable des paupières de l'œil gauche. La paupière supérieure, sphacélée, a laissé évacuer une partie du pus. Dans le fonds de ces vastes ouvertures, on voit le tissu orbitaire sphacélé. La paupière inférieure, très tuméfiée, ne présente aucune perforation, elle est fluctuante à la palpation, ce qui dénote la présence dans les parties correspondantes de la cavité orbitaire d'une collection purulente L'œil droit est tout à fait débarrassé.

Le globe oculaire, par suite de la suppuration orbitaire qui l'entourait et le comprimait s'est rapidement atrophié. Aujourd'hui il est complètement détruit Les lésions du globe oculaire (gauche) sont secondaires au *phlegmon de l'orbite*.

Traitement. — Large incision le long du rebord orbitaire inférieur. Recherche du pus et débridement à la sonde cannelée. Drainage. — Le pus évacué a été moins abondant que ne le faisait supposer la tuméfaction.

16 *juillet.* — Ler.... s'est levé, a cassé 6 carreaux et s'est fait une plaie au côté droit de la face et une autre à la main droite au niveau du second métatarsien. Il devient de plus en plus agité. Malgré toutes les précautions que l'on prend, il parvient à se faire du mal, *il s'est mordu la lèvre inférieure avec tant de violence qu'il en a presque détaché un morceau de 4 cent. de long sur un cent. de large.* Il cherche à ramener dans sa bouche le lambeau pendant pour le manger. Cet enfant parait insensible à toute douleur physique. (*Fig.* 33.)

18 *juillet.* — Ler.. devient de plus en plus difficile à soigner, il cherche par tous les moyens possibles à enlever ses pansements, à se frapper ou se mutiler malgré le manchon qu'on lui laisse nuit et jour, on est obligé de l'attacher. Ses diverses blessures, tant aux yeux qu'à la bouche, semblent entrer en voie de cicatrisation.

21 *juillet.* — L'enfant réussit à défaire son manchon, arrache son pansement et agrandit la plaie de la lèvre en s'ou-

vrant démesurément la bouche avec les mains ce qui provoque une hémorragie assez abondante. Après une nuit un peu plus calme, l'enfant paraît très affaibli et a même une syncope. — Injections de sérum.

Cette période d'accalmie n'est que de courte durée et Ler... est de nouveau retombé dans un état de surexcitation extrême ; alors que précédemment il ne cherchait qu'à se faire du mal à lui-même, il s'en prend maintenant aux personnes qui l'entourent, aux infirmières qui le soignent ; par deux fois différentes, il a réussi, en agissant sournoisement, *à mordre* la veilleuse assez grièvement. (*Dacnomanie.*)

Cette situation se maintient sans changements notables jusqu'au 18 août. A ce moment, son agitation devient moins vive, ses yeux, de même que la blessure de sa lèvre, sont en bonne voie, l'enfant mange et boit bien, le sommeil est assez calme; on le lève dans la journée.

20 *septembre.* — Le mieux persiste, l'œil va tout à fait bien malgré l'enflure. Ler... a des recrudescences d'agitation et toujours il cherche à se faire du mal, *il casse des carreaux* avec son manchon, *cherche à en happer des morceaux* qu'il essaye de mâcher et d'avaler.

20 *octobre.* — Cet enfant revient de l'isolement à l'École, mais dans un état de *surexcitation extraordinaire.* Impossible de lui dire un mot sans qu'il entre en colère et tout en employant toute la douceur et la patience possibles, nous n'arrivons pas à lui faire entendre raison. Pour le motif le plus futile et même sans motif, il se met dans des *rages d'une violence épouvantable,* il s'arrache la bouche, les lèvres, enfonce les doigts dans ses yeux, se mord (1) et cherche à mordre ceux qui l'entourent (2), envoie des coups de pied aux infirmières et aux enfants, se frappe la tête contre les murs, les tables, le poêle, on est alors obligé de lui mettre soit le manchon, soit même la camisole à laquelle il a fallu recourir, contrairement à la pratique du service. Alors sa colère augmente, il se laisse tomber de toute sa hauteur ce qui fait qu'il a la tête remplie de bosses et de contusions.

Le jour de sa rentrée à l'école, sans cause connue, dès son arrivée, il s'est mis à frapper à coups redoublés sur ses camarades, a cassé un carreau, déchiré ses vêtements et

---

(1) *Dacnomomanie,* manie de se mordre.
(2) *Dacnomanie,* manie de mordre les autres.

lorsqu'il n'a plus rien eu à mettre en pièces, il s'en est pris à lui-même, *se mordant, se griffant.* (*Amyssomomanie*, de ἀμύσσομαι, se griffer.) La classe est complètement troublée par ses cris.



Fig. 33. — Ler.. (F.) (Otobre 1902).

La même agitation se produit la nuit. Il n'a pas de sommeil ; à peine couché, il demande de l'eau, du lait, du chloral. Lorsqu'on a satisfait tous ses désirs, il ne sait plus que

demander, il entre en fureur, se frappe la tête contre les barres du lit, saute au-dessus des barreaux, s'arrache l'intérieur de la bouche, passe son corps à travers les barreaux et pousse des cris perçants que rien ne peut calmer, de sorte que le sommeil de ses camarades est complètement troublé, tous les enfants, petits et grands, sont épouvantés par le spectacle qu'offre cet enfant dans ses crises d'agitation.

24 *octobre.* — Ler... est isolé dans le pavillon des cellules. Même état, agitation extrême. Il est à remarquer que cet enfant répond aux questions qui lui sont posées avec la plus grande lucidité, il reconnait tout le monde et désigne chaque personne par son nom, sans aucune hésitation. — Il semblerait qu'il est atteint de la monomanie du suicide, car, plusieurs fois, l'on a remarqué, que lorsqu'il se jetait volontairement à terre, il choisissait un endroit présentant des angles aigus ou des cailloux tranchants.

28 *novembre.* — Chute sur la région fessière; *hématome* de la partie profonde de la fesse et de toute la région. Vu le gonflement il est impossible de savoir s'il y a fracture du bassin. — Le gonflement disparait au bout de deux jours et l'on constate qu'il n'y a eu que contusion et non fracture. — L'enfant a maigri depuis deux ou trois semaines. Aucun trouble, du côté des organes thoraciques et digestifs.

30 *novembre.* — Le malade présente un gonflement de la partie droite de la face, gonflement accompagné de rougeur diffuse avec légère élévation de température. Pouls 100. — Application de pansements humides.

Malgré l'état d'affaiblissement de cet enfant, il n'y a pas de changement dans son caractère, il continue à se frapper contre les barres de son lit, à s'égratigner avec son manchon, il urine et défèque au lit malgré toutes les précautions que l'on prend. Du reste, ces actes sont volontaires certainement, car narguant l'infirmière qui le conduit aux cabinets où il ne fait rien, il s'empresse de lui annoncer qu'il exercera ses malpropretés dans son lit, et il tient parole.

L'état de Ler... se maintient stationnaire jusqu'au 7 décembre; ce jour-là, sa faiblesse augmente notablement, il demande sans cesse de l'eau, du lait, du sirop de chloral.

8 *décembre.* — T. R. matin 38°. Le malade tousse un peu, (ventouses sèches); la face est très pâle, il ne cherche plus à se cogner la tête comme précédemment, il est somnolent. — Quatre selles dans la journée, en diarrhée, fétides. — Dans la soirée, l'affaiblissement s'accroît, la respiration devient diffi-

cile, la face est couverte de sueur. Jusque-là, il avait conservé sa connaissance. Dans la soirée, *état comateux*, l'enfant meurt le 9 décembre à 4 h. du matin sans râle. — *Poids* après décès 21 kilogr.

Autopsie *faite le* 10 *décembre* 1902, à 9 h. 45 du matin (soit 29 h. après le décès).

TÊTE. — *Cuir chevelu* très épais; *ecchymose* demi-circulaire de 2 cent. sur 5 ou 6 cent. sur le côté droit, au niveau de l'occipital; plusieurs ecchymoses en avant au niveau des pariétaux.

Crâne. Os durs, épais, sans synostose. — *Dure-mère* un peu épaissie, sans fausses membranes. Les fosses de la base du crâne sont symétriques. — *Glande pituitaire* assez volumineuse, pâle. — Apophyse cristagalli petite, triangulaire. — Les différentes parties de la base de l'encéphale sont égales et symétriques.

Hémisphère gauche. La *pie-mère* est très mince, sans plaques laiteuses, avec de petites adhérences de *méningo-encéphalite disséminées* sur les trois faces du lobe frontal. Il existe une atrophie très prononcée du bord supérieur du lobe carré et de son bord antérieur. A l'angle de ces deux bords il y a un *foyer ocreux* avec atrophie des circonvolutions environnantes. Le foyer ocreux intéresse la partie correspondante de la scissure calloso-marginale et l'angle postéro-supérieur du lobule paracentral.

Face convexe. — Les circonvolutions du lobe frontal sont assez bien développées. F^1 et F^2 s'insèrent assez largement sur FA tandis que F^3 n'est uni à FA que par un pli inférieur, assez grêle. — FA est coupée par un sillon transversal à l'union de son quart inférieur avec ses trois quarts supérieurs. — Sillon de Rolando assez profond, ininterrompu. PA, large dans son tiers inférieur, est étroite dans ses deux tiers supérieurs. Les autres circonvolutions pariétales, le pli courbe et les circonvolutions occipitales supérieures sont plutôt un peu grêles. — La lobe temporal est assez développé, en particulier la circonvolution de l'hippocampe. Le lobule de l'insula présente cinq digitations.

Face interne. — F^1, CCC, LP sont assez développés tandis que les circonvolutions du lobe carré, du coin et du lobe occipital sont plutôt petites.

Les plis de passage sont assez rares, les sillons sont peu profonds, la corne d'Ammon parait saine.

Hémisphère droit, — Il a été réservé pour examen histologique, et, pour cette raison, n'a pas été décortiqué.

Cou. — *Larynx* et *corps thyroïde,* rien. Pas de thymus.

Thorax. — *Cœur,* rien de particulier, pas de persistance du trou de Botal. — *Poumons* : Le poumon gauche est fortement *congestionné* mais cette congestion paraît être récente. Pas de foyer de broncho-pneumonie ni de foyer de tuberculose. Aucune adhérence des plèvres. — Pas d'épanchement.

Abdomen. — *Foie* gras ; vésicule biliaire remplie d'une bile jaunâtre. — *Reins* légèrement congestionnés, surtout le rein droit. Pas d'adhérences des capsules surrénales qui n'ont rien de particulier. — *Rate* normale. — Le péritoine, le tube digestif, l'appendice, les ganglions n'offrent rien à signaler. Il en est de même des organes génito-urinaires.

Au niveau de l'articulation de la 1ère côte et du sternum, foyer de *tuberculose osseuse* et *articulaire.*

Le malade présente autour des *lèvres* des *cicatrices de morsures*. Ces cicatrices sont circulaires. — Une autre cicatrice parallèle à celles de la lèvre, au-dessus du menton, a été produite de la même façon, les ailes du nez sont déchirées et présentent de nombreuses cicatrices.

Le moignon de l'*œil gauche* a été enlevé au milieu des tissus graisseux de l'orbite, le globe oculaire est représenté par une petite masse de la grosseur d'un petit pois.

Poids des Organes.

Encéphale	1.225 gr.
Hémisphère cérébral droit	550
— — gauche	515
Cerveau	1.065
Hémisphère cérébelleux droit	65
— — gauche	65
Bulbe et protubérance	20
Cervelet et isthme	150
Liquide céphalo-rachidien	Peu
Mœlle épinière	25
Corps thyroïde	6
Thymus	Pas
Cœur	135
Poumon droit	310
— gauche	330
Foie	900
Rate	100
Rein droit	110
— gauche	110

	1895		1896		1897		1898		1899		1900		1901		1902	
	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.
Circonférence horizontale maxima		49	49	50	50	50	50	50	50	50	51	51	51	51	51	51
Demi-circonférence bi-auriculaire		32	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33.2	33	33
Distance de l'articulation occipito-altoïdienne à la racine du nez		35	36	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37.2	37.5	37.5
Diamètre antéro-postérieur maximum		17	17	17.5	17.5	17.5	18	18	18	18	18	18	18	18.2	18.5	18.5
— bi-auriculaire —		11	10.5	10.5	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11.2	11.5
— bi-pariétal —		14	14	14.5	14.5	14.5	15	15	15	15	15	15	15	15	15.3	15.3
— bi-temporal —		9.5	11	10	10	10	11	11	11	11	11	11	11	11	11.5	11.5
Hauteur médiane du front		4.5	4	4.5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5

Tableau du poids et de la taille.

	1895		1896		1897		1898		1899		1900		1901		1902	
	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.
Poids	9.5		14.5	14.7	19.3	16.8	17.4	17.5	19.1	19.4	19.9	21	22.5	23.2	21	20.3
Taille	0.72		0.80	0.88	0.90	1 03	1.04	1.06	1.09	1.12	1.13	1.17	1.20	1.21	1.22	1.24
Dynamomètre D.										7	12	10	5	8	7	7
Dynamomètre G.										6	9	10	4	8	7	5

RÉFLEXIONS. — I. L'hérédité, à peu près nulle du côté paternel, est peu chargée du côté maternel.

II. L'enfant est né en état d'*asphyxie bleue*, occasionnée sans doute par la constriction du cordon et on a dû recourir à la respiration artificielle. C'est à la lésion ou au trouble encéphalique, qui est survenu alors, qu'il faut probablement atribuer les petites *convulsions* survenues à six semaines, le retard de la marche, de la parole et de la propreté (1). A 3 ans et demi, *convulsions* qui se sont manifestées sous la forme d'état de mal, et sur lesquelles nous n'avons pu avoir que des renseignements incomplets (2).

III. A l'entrée, Ler.... était atteint d'idiotie à un degré prononcée, compliquée d'un affaiblissement paralytique prédominant dans les membres du côté droit. Les changements de coloration de la face, les accès de colère et de cris, l'impulsion à mordre, à s'égratigner, les grincements de dents, ont fait penser à des *lésions méningitiques*, et à cause de la parésie *droite*, prédominant dans l'hémisphère cérébral *gauche*.

IV. Malgré les conditions très défavorables que présentait l'enfant, et malgré les intermittences occasionnées par la teigne, par sa récidive, par une pleu-

(1) Ces symptômes n'ont qu'une valeur relative. L'enfant marche, parle, est propre, plus ou moins tôt suivant que les parents, la mère surtout, sont intelligents (ce qui existait dans ce cas) et s'occupent de leur enfant.

(2) C'est souvent là une lacune regrettable qui rend difficile un diagnostic précis, au point de vue anatomo-pathologique. Les convulsions ont-elles été précédées de prodrômes, ont-elles été toniques, cloniques, ont-elles été généralisées, ont-elles prédominé dans l'un des côtés du corps, ont-elles été limitées à une moitié du corps ? Ont-elles été suivies de coma, de fièvre, de folie, etc. — Y a-t-il eu des accidents consécutifs? Quel était l'état intellectuel avant et après les convulsions ? Ce sont là autant de questions sur lesquelles les parents ne sont pas toujours en mesure de répondre.

résie, le *traitement médico-pédagogique* avait donné des résultats extrêmement remarquables. Nous les avons signalés dans le *Compte-rendu* de 1899, p. IV.

V. Dès l'entrée du malade, alors qu'il se présentait avec tous les caractères de l'idiotie profonde, il avait, *depuis l'âge de deux ans*, des impulsions violentes envers lui-même surtout, mais aussi envers les autres enfants, quelquefois envers le personnel. Dans ses colères, il se gifflait, se mordait, s'égratignait sans qu'il n'y eut de cause locale particulière.

Plus tard, peut-être sous l'influence de ces traumatismes, il s'est produit une irritation locale qui a occasionné des lésions cutanées superficielles, source de démangeaisons qui, elles, à leur tour, ont provoqué l'enfant à redoubler ses giffles, son grattage, ses égratignures, d'où écorchures, gonflement (juin 1902).

En juillet, piqûre probable des paupières avec rougeur et gonflement, puis coups de poings sur les yeux, principalement le gauche, cognements de la face sur les barreaux du lit, plaie, érysipèle, phlegmon et suppuration de l'œil gauche.

Vers le milieu de juillet, il commence à se mordre la lévre inférieure d'une façon atroce, détache des lambeaux qu'il avale. En même temps surviennent des périodes d'agitation très violentes dans lesquelles ses violences s'exercent non seulement sur lui mais aussi sur ses infirmières. Il casse les carreaux, malgré la surveillance dont il est l'objet, essaye de happer et d'avaler des morceaux de verre. En septembre, octobre, novembre et décembre, persistance des *violences*, des périodes *d'excitation*, de la *krouomanie*, de la *dacnomanie* et de l'*amyssomanie*.

Il semble que Ler... était insensible à la douleur, remarque déjà faite par ses parents, car il recherchait

les angles des meubles pour se cogner, se jetait violemment par terre, sur des cailloux, se contusionnant, se blessant la face, la tête. Avait-il des *idées de suicide*? On ne sait.

La manie de se mordre les lèvres s'observe quelquefois, mais non d'une façon aussi fréquente que l'onychophagie ou la manie de se déchirer les ongles, mais nous ne l'avons jamais notée à un degré aussi prononcé. Souvent le *léchage des lévres*, comme nous l'avons décrit dans l'observation de Viga... (Voir p. 151.), détermine une irritation locale, des excoriations, des croûtelles qui peuvent amener les malades à se gratter, à se mordiller. Nous avons pu faire cesser les accidents chez Vig.... Au contraire, chez Ler.. ils se sont aggravés de plus en plus, déterminant sans doute une douleur qui, augmentant, produisait peut-être une sorte de plaisir.

VI. L'enfant a maigri progressivement. Son poids qui était de 23 k. 200 en juillet 1901, loin d'augmenter, est allé en diminuant jusqu'à la mort : 21 kilogr. au lieu de 27 k. à son âge. C'est à cette sorte de cachexie qu'est due la mort car les lésions pulmonaires trouvées à l'autopsie étaient récentes et peu prononcées.

Il existait chez Ler... une parésie des quatre membres (diplégie), prédominant dans le *côté droit* et intéressant davantage, semble-t-il, les mains. A l'autopsie, nous avons trouvé : 1° une *inégalité de poids des hémisphères cérébraux*; le *gauche* pesait 35 gr. *de moins* que le droit; 2° des lésions, assez superficielles d'ailleurs, de *méningo-encéphalite*; 3° un petit *foyer ocreux* portant sur le *lobe paracentral* et le coin.

L'*idiotie*, par conséquent, était attribuable à la méningo-encéphalite. Nous avons déjà essayé de tra-

cer le tableau clinique de cette forme d'idiotie. Cette tâche sera reprise et peut-être y parviendrons-nous, comme nous l'avons fait pour l'*idiotie myxœdémateuse*, l'*idiotie hydrocéphalique*, et comme nous essayons de le faire pour *l'idiotie mongolienne* ou *mongolisme*.

XXII.

Un cas d'affection familiale à symptômes cérébrospinaux : diplégie spasmodique infantile et idiotie chez deux frères ; hypothermie ; Atrophie du cervelet ;

PAR BOURNEVILLE ET CROUZON (1).

Des travaux récents ont attiré l'attention sur les *affections familiales* du système nerveux. Depuis le travail de Frend sur les formes héréditaires des diplégies cérébrales publié en 1893, on a vu successivement paraître en 1896 le travail de Sachs sur l'*idiotie amaurotique familiale* ; en 1898 la thèse de Lorrain sur la *paraplégie spasmodique familiale* ; en janvier 1900 le travail de Trénel relatant un cas de maladie familiale à symptômes cérébraux et médullaires caractérisée par des troubles psychiques périodiques, de la démence et une parésie spasmodique ; en avril 1900, la thèse de Mlle Pesker contenant les observations de deux frères, Thir..., malades de notre service, atteints d'une affection spasmodique rappelant un peu la sclérose en plaques (?) et complétée par l'étude histologique du système nerveux de l'un des deux, faite dans le laboratoire de M. P. Marie ; enfin le travail de Cestan et Juillain paru dans la *Revue de*

(1) La première observation, avec les pièces et les photographies, a été présentée à la section de *psychiatrie* du *Congrès intern. de méd.*, de 1900.

médecine d'octobre 1900, relatant l'histoire pathologique de deux familles, atteintes l'une de *paraplégie spasmodique*, l'autre de *sclérose en plaques*. Les deux observations qui suivent sont celles de deux frères atteints de *diplégie spasmodique*, et dont nous avons pu faire l'autopsie (1).

SOMMAIRE. — *Père et mère bien portants, non alcooliques; non syphilitiques; aucune tare nerveuse. — Une cousine germaine maternelle du père a été hémiplégique. — Une cousine éloignée paternelle de la mère, épileptique. — Sur dix grossesses, trois fausses couches, cinq enfants bien portants et nos deux malades. — L'aîné aurait eu la rougeole à 18 mois, et il semble que sa maladie ait débuté à ce moment. — Pour le second, la mère fait une chute de voiture huit jours avant l'accouchement. Convulsions à dix-huit mois (?). — Frère arriéré.*

État actuel. Nystagmus chez les deux malades. Strabisme divergent chez l'un; convergent chez l'autre. — Chez les deux malades, paralysie avec contracture de quatre membres. Exagération des réflexes. — Chez les deux malades, idiotie profonde.

AUTOPSIE *de l'aîné. — Congestion du poumon gauche. Les autres viscères sont normaux. — Aspect général de l'encéphale arrondi. Atrophie du cervelet et du pont de Varole. Dans la moelle, diminution des fibres des faisceaux pyramidaux.*

Les enfants Lecl...., Edouard-René et André-Eugène, nés à Vitry-sur-Seine, le premier le 6 juillet 1883, le second le 7 octobre 1886, entrent à Bicêtre le 22 juin 1897, âgés l'un de 13 ans, l'autre de 10 ans, sur des certificats de M. Magnan les déclarant atteints, le premier d'*idiotie, gâtisme, paraplégie* avec légère *contracture*, le second d'*idiotie, gâtisme* et *paraplégie*.

Antécédents héréditaires. — (*Fournis par le grand-père mater-*

(1) Voir sur les affections familiales : Bourneville, *Une famille d'idiots* (*Archives des maladies mentales et nerveuses*, 1861, p. 289) : — Bourneville et Séglas, *Familles d'idiots* (*Compte-rendu* de *Bicêtre* pour 1886, p. 3), etc

nel et par la mère). — PÈRE, 43 ans, fait le commerce de volailles, beurre et œufs, est sobre, ne fume pas, est bien portant et bien constitué. Il n'a pas eu de convulsions; marié à 23 ans ; pas d'indices de syphilis. — [*Père*, mort à 71 ans, subitement d'une maladie de cœur, était sobre, n'avait pas eu de maladie de peau. — *Mère*, âgée de 71 à 72 ans, bien portante, sans accidents nerveux, sobre, laborieuse. Pas de renseignements sur les *grands parents paternels*. — Les *grands parents maternels* sont morts vieux.—Deux *oncles paternels* : l'un qui *buvait* un peu, est mort d'une fluxion de poitrine, l'autre est en bonne santé. Il en serait de même de ses enfants et de ceux du précédent. Une *tante paternelle* est morte âgée. — On ne sait rien des *oncles* et *tantes maternels*. — Un *frère*, mort à 5 ou 6 ans, on ne sait de quoi. — Deux *sœurs* mariées avec les deux frères, sans accidents nerveux: l'une a deux enfants bien portants, l'autre a eu un enfant mort du croup. Une *cousine germaine maternelle*, âgée de plus de 60 ans, a été prise d'une *hémiplégie* avec *aphasie* à la suite d'une vive frayeur. — Rien à noter dans le reste de la famille.]

MÈRE, 38 ans, très calme, n'a jamais eu d'accidents nerveux, sauf quelquefois des douleurs de tête; pas de maladie de peau, a reçu une certaine éducation, a obtenu son certificat d'études, s'est mariée a 18 ans. [*Père*, celui qui nous renseigne, âgé de 67 ans, bien conservé, n'a pas eu de maladies de peau, ni de maladies vénériennes, sobre, a été soldat, s'est marié à 29 ans. — *Mère*, morte en 1893, à 56 ans, d'une affection du cœur, n'a jamais eu d'accidents nerveux, a toujours été sobre. — *Grand-père paternel*, cultivateur, sobre ; est mort à 72 ans, usé par le travail. — *Grand'mère paternelle*, morte à 77 ans de vieillesse, n'avait jamais eu de maladie nerveuse, sobre. — *Grand-père paternel*, mort à 85 ans de vieillesse, cultivateur, sobre. — *Grand'mère paternelle*, morte jeune, on ne sait de quoi. — « Mon *grand-père paternel* s'est marié trois fois, la troisième fois à 27 ans. » — *Grand-père maternel*, mort jeune. — *Grand'mère*, morte à 86 ans de vieillesse avec toutes ses facultés. — Pas de *grands-oncles paternels*. — Deux *grand'tantes* (pas de la même mère), l'une morte à 78 ans, l'autre à 75 ou 76 ans. — Un *grand-oncle* et une *grand'tante maternels*, rien. — Deux *grand-oncles paternels* : l'aîné à 75 ans, bien portant, a deux filles mariées, sans enfants, en bonne santé ; l'autre est mort il y a 3 mois, à 64 ans, sans accidents nerveux, avait trois de

ses quatre enfants bien portants ; pas de convulsions. Le quatrième enfant, une fille, est devenue *épileptique* après une vive frayeur ; elle s'est néanmoins mariée et a eu un enfant mort en venant au monde. — Une *tante paternelle*, usée par le travail, 69 ans, pas d'accidents nerveux. Elle a eu un fils qui faisait des *excès de boisson* et est mort d'une fluxion de poitrine ; ses enfants n'ont pas d'accidents nerveux. — Deux *sœurs* : l'aînée, âgée de 30 ans et demi, sans accidents nerveux, a eu deux enfants : une fille morte du croup, pas de convulsions, l'autre, garçon, âgé de 8 ans, pas de convulsions, intelligent ; la deuxième *sœur*, intelligente, pas de convulsions, a un enfant turbulent, entêté, qui n'a pas eu de convulsions. — Un *frère*, âgé de 21 ans, célibataire, n'a pas eu de convulsions, sobre. Dans le reste de la famille, pas d'idiots, pas d'épileptiques, d'aliénés. Un cousin à la quatrième génération, *sourd-muet*, décédé vers 30 ans, ne s'était pas marié.]

Pas de consanguinité. Différence d'âge de 5 ans entre les deux époux. (Père plus âgé.)

Sept *enfants* et trois fausses couches : 1° Une fausse couche à deux mois, sans cause connue ; — 2° René ; — 3° fille, 15 ans, en bonne santé, intelligente, pas de convulsions ; — 4° André ; — 5° une fille de 12 ans, forte, intelligente, pas de convulsions, un peu nerveuse, apprend facilement ; — 6° un garçon, 4 ans, normal, sans convulsions ; — 7° un garçon, intelligent, pas de convulsions ; — 8° une fausse couche ; — 9° une fausse couche ; — 10° garçon, se porte bien, pas de convulsions ; — Depuis l'entrée de René et d'André à Bicêtre (1897), les parents ont eu : 11° un garçon âgé de 5 ans, intelligent ; — 12° un garçon âgé de 2 ans, *en retard*, ne marchant, ni ne parlant. Ni l'un, ni l'autre n'ont eu de convulsions.

Histoire de nos malades.

René et *André*.

Conception : Les parents vivaient en bonne intelligence et étaient en bonne santé.

René	*André*
Grossesse : bonne, pas d'ennuis, pas d'envies. Deux ou trois *faiblesses*. Ni	Mouvements à 4 mois; rien de particulier. Chute de voiture huit jours avant

René	*André.*
émotions, ni chutes. Mouvements à 4 mois, normaux.	l'accouchement; pas d'émo tion après l'accident.
Accouchement : à terme, naturel. Douleurs pendant deux heures. Présentation de la tête.	A eu lieu peut-être quelques jours *avant terme*. Douleurs pendant 2 heures, naturel; même présentation.
Naissance : Pas d'asphyxie, pas de circulaire du cordon; a crié de suite. Non pesé, mais était tout petit.	Pas d'asphyxie, a crié de suite; pas de circulaire du cordon. Etait plus gros que René.
Élevé au sein par sa mère jusqu'à 9 mois, époque où elle est devenue enceinte du suivant. Nourri ensuite au lait de vache. A bien pris le sein; non criard.	Élevé au sein jusqu'à 5 ou 6 mois, puis au sein et au biberon (lait de vache). Prise régulière du sein; non criard.
Première dent à un an. — Dentition complète à ?	Première dent vers un an. Dentition complète à ?
N'a jamais été tout à fait propre ; toutefois vers 18 mois demandait : *caca,* est redevenu malpropre après une rougeole très forte à 18 mois : pendant une nuit il ne reconnaissait personne.	N'a jamais été propre même momentanément.
Commençait à marcher quand il a eu la rougeole ; après, il a cessé tout à fait.	N'a jamais marché.
Pas de convultions, ni à la rougeole, ni avant, ni après.	Vers 18 mois aurait eu des *convulsions,* en l'absence de sa mère qui ne peut en dire ni les caractères ni la durée. Elles ne se seraient jamais reproduites. De 3 à 5 ou 6 ans, aurait eu des «pâmoisons» précédées de cris, se roidissant quand il était contrarié, perdait connaissance, devenait noir.

René	*André.*
Parole : répétait quelques mots jusqu'à sa rougeole : papa, maman, caca. Avait de la connaissance, reconnaissait tout le monde et les reconnaîtrait encore.'	Aurait dit papa, maman, mais avec difficulté. N'aurait jamais dit autant de mots que René. Reconnaissait sa mère, attendu qu'il ne voulait manger qu'avec elle.
Ne *louchait pas,* quand il était petit : ses yeux se seraient tournès vers deux ans.	A les yeux un peu *déviés* en bas, on ne sait depuis quand.
Parfois il a des *secousses* dans les membres et de la rotation des yeux. Ces secousses revenaient presque tous les jours et se montraient surtout quand il voulait quelque chose et qu'on ne le comprenait pas. Il n'a jamais eu de perte de connaissance.	Aurait eu aussi des mouvements nerveux.
Les jambes seraient devenues raides et comme ankylosées, *après la rougeole,* sans qu'il y ait eu de convulsions à ce moment. Il avait alors 16 ou 18 mois, s'essayait à marcher avec les chaises ; il se tenait à peu près bien. Après la rougeole, il se tenait très mal. Les bras sont devenus contracturés vers la même époque que les jambes, c'est-à-dire après la rougeole.	Les jambes seraient devenues raides vers 3 ans. On ne se rappelle pas vers quelle époque il a eu les bras raides.
Cou sans raideur. Tient sa tête assez droite.	Cou raide, tête toujours penchée.
Prend les objets dans ses mains ; porte le pain et les	Préhension un peu moins bonne. Fait de grands mou-

René	*André*
gâteaux à sa bouche. Les mouvements de ses mains sont assez sûrs. Ne tire la langue que lors de ses secousses.	vements avant de saisir un objet, et quand il l'a saisi le crispe entre ses doigts. A des mouvements nerveux des mains, de la face et des orteils, qui se crispent. Tire la langue souvent.
Bave, grince des dents, seulement depuis sa rougeole ; se cogne fréquemment le derrière de la tête.	Bave, grince des dents. Se cogne la tête moins souvent que son frère.
Se met souvent en colère, a souvent des accès de fou rire sans motif. — Pas de balancement. — A eu des grimaces de la face, qui tendent à disparaître. — Pas de cris.	Se met en colère moins souvent que son frère. — A des accès de rire fréquents. Pas de balancement. Fait des grimaces qu'il accompagne d'un petit cri.
Reconnaissait ses parents quittant tout le monde pour caresser sa mère et surtout son père.	Reconnaissait sa mère même de la voix, sans la voir.
Mâche assez bien. — Bon appétit; mange de tout; pas de vomissements, constipation. Bonne santé physique. Sommeil tranquille.	Mâche assez bien. Appétit bon, mange de tout; pas de vomissements; selles régulières, quelquefois diarrhéiques. Bonne santé physique. Sommeil tranquille.
Maladies infectieuses : Rougeole à 18 mois. Pas de coqueluche. Une ophtalmie légère vers un an. Une bronchite avant la rougeole.	*Maladies infectieuses :* Rougeole à 18 mois, coqueluche à 3 ans 1/2.

Vaccinés tous les deux avec succès.

Pas de varioloïde, de scarlatine, de fièvre muqueuse, d'angine grave, de vers, d'onanisme, de chutes sur la tête, de gourme, d'otite, d'adénite, d'abcès ni de fractures.

On ne sait à quoi attribuer la maladie des deux enfants, Les parents ont vu M. Charcot qui n'a pas donné de dignostic précis et a ordonné du bromure, du phosphate de chaux et des bains. Ils ont vu aussi M. Jules Simon, M. Lannelongue qui n'a vu aucuue indication opératoire.

État des enfants Lecl... *le 26 juin 1897.*

René.

État général satisfaisant, malgré une maigreur assez prononcée.

Crâne de volume moyen, asymétrique : moitié droite plus saillante et déjetée en avant de telle sorte que le grand axe est oblique d'avant en arrière et de droite à gauche. Front étroit et fuyant sur les côtés (pas de persistance des fontanelles). Toute la moitié droite de la face parait plus saillante que la gauche.

Oreilles grandes et très écartées.

Yeux assez mobiles: *strabisme* convergent, intermittent, plus marqué à l'œil droit. Pas d'exophtalmie, léger *nystagmus*. Pupilles égales et symétriques, ne paraissant pas réagir à l'accommodation ; la réaction à la lumière persiste. L'examen du fond de l'œil n'a pas été pratiqué.

Thorax mal conformé, sans qu'il y ait de saillie rachitique, ni de déviation

André.

État général assez médiocre : maigreur et pâleur prononcées.

Crâne asymétrique: la région pariétale droite et la région occipitale gauche font saillie, de telle sorte que le grand axe se dirige d'avant en arrière et de droite à gauche. *Front* étroit et fuyant : son plan prolonge le plan du visage qui est incliné en arrière. Un épi dans la région frontale antérieure.

Oreilles, mêmes caractères.

Yeux présentent un léger *nystagmus*. Pas d'autre trouble de la motilité Les pupiles réagissent à la lumière. La réaction à l'accomodation ne peut être constatée. Léger *strabisme* divergent.

Thorax mal conformé : cyphose assez marquée. Déformation ampulaire du

René.

de la colonne vertébrale. La moitié gauche fait une saillie plus marquée que la droite.

André.

sternum au niveau de l'appendice xiphoïde. Déviation légère à convexité gauche avec saillie des côtes gauches au niveau de la ligne axillaire.



Fig. 34. — *René.* (Juillet 1897.) *André.*

René.

Testicules assez difficiles à trouver, gros comme un grain de blé.

Membre supérieurs maigres : avant-bras en flexion permanente avec pronation sur le bras. Les mouvements spontanés sont peu étendus et paraissent surtout se passer dans l'articulation de l'épaule. L'enfant ne peut ni s'habiller, ni se donner les soins usuels de propreté. Il peut tendre les bras aux personnes qui s'approchent de lui.

Les mouvements provoqués sont limités : dans l'articulation de l'épaule, il y a une certaine résistance dans la production des mouvements de flexion et d'extension. Dans le coude qui est en demi-flexion, la flexion plus prononcée s'obtient facilement, mais il y a une résistance énergique à l'extension complète, surtout à gauche. L'articulation du poignet est normalement mobile.

Membres inférieurs. L'enfant ne peut se tenir debout. Il reste généralement assis sur une chaise. La cuisse est légèrement fléchie sur le bassin, la jambe sur la cuisse ; les genoux se touchent et les jambes s'écartent très légèrement en dehors. Les pieds sont en valgus très

André.

Mêmes caractères.

Membres supérieurs grêles, les bras écartés du tronc, l'avant-bras fléchi sur le bras, les mains en pronation. Les mouvements spontanés sont peu étendus ; le malade est à peu près inerte. Il ne peut pas manger ni s'habiller seul.

Les mouvements provoqués révèlent une certaine résistance au niveau des coudes et quand on arrive à l'extension complète, on perçoit à droite quelques craquements.

Les *membres inférieurs* sont grêles ; le malade étant suspendu aux bras de l'infirmière, les cuisses sont légèrement fléchies sur le bassin, les jambes sur les cuisses. Les pieds sont en équin très accusé ; les genoux font saillie en dedans et se touchent.

René.

prononcé des deux côtés, les orteils sont en *crochet*.

Andre.

Les *mouvements spontanés* sont nuls : il ne peut se tenir debout.



Fig. 35. — *René.* (Juillet 1897.) *André.*

Les *mouvements spontanés* n'existent pas ou peu.

Les *mouvements provoqués* sont limités : on obtient assez facilement la flexion

René.

Les *mouvements provoqués* sont à peu près tous possibles, mais avec une légère résistance dans l'articulation de la hanche; l'abduction parait être le mouvement le plus limité. On peut obtenir la flexion complète des genoux, mais l'extension est arrêtée par la contracture des fléchisseurs dont on sent la corde saillante. Les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne sont très limités.

Les *réflexes* sont légèrement exagérés.

La *sensibilité* n'a pu être étudiée avec précision.

Le malade gâte jour et nuit.

Il est *idiot complet*, ne prononce aucun mot, regarde à peine quand on l'appelle, cependant si on lui tend du pain il le saisit. Ne reconnait ni les odeurs ni les substances sapides. Entend bien et voit bien. Il a un tic : ouvre la bouche et la referme aussitôt sans proférer aucun son. Son facies est dénué de toute expression. Son caractère est triste, mais affectueux.

André.

et l'extension de la hanche, mais difficilement l'abduction. Dans le genou, on obtient facilement la flexion complète, mais les tendons contracturés opposent une énergique résistance à l'extension. Dans les pieds, les mouvements sont très limités et on ne peut redresser le pied bot.

Les *réflexes* du poignet et rotulien sont exagérés. Pas de clonus du pied.

La *sensibilité* à la douleur existe partout.

Le malade est grand gâteux.

Il est *idiot complet* ; son facies est dénué d'expression, ses yeux regardent toujours dans le vague, il ne dit aucun mot et ne comprend rien.

1899. 12 *décembre*. — L'état de René ne s'est en rien modifié depuis l'entrée. Il cesse, ce jour, de se laisser nourrir.

Le 13 décembre, on ne peut davantage l'alimenter; il est pâle, a les mains, les bras, les pieds violacés et glacés et meurt dans cet état sans jeter une plainte, ni tousser, ni faire aucun mouvement. La température prise aussitôt après la mort était de 34°,4 (1).

Autopsie faite le 15 *décembre* 1899. — *Cadavre* assez gras.

Tête. — Le *cuir chevelu* est maigre et pâle, sans ecchymoses. Les *os du crâne* sont moyennement épais, peu durs et offrent des plaques transparentes. Les sutures persistent. — Quelques légères adhérences de la *dure-mère* au niveau de la scissure inter-hémisphérique. — A la *base du crâne*, les différentes fosses et crêtes sont sensiblement symétriques. L'apophyse crista galli est mince, mousse. Le trou occipital n'offre rien de particulier. Les apophyses clinoïdes sont effacées. La *glande pinéale* est d'aspect normal ; il en est de même du *corps pituitaire*. — Les *nerfs*, les *tubercules mamillaires*, etc., sont égaux et symétriques. Le *liquide céphalo-rachidien* est en petite quantité.

ENCÉPHALE. — La forme générale de l'encéphale est un peu modifié. La longueur de l'hémisphère, mesurée au niveau du grand axe fronto-occipital, est de 121 mm. (Sur un cerveau d'enfant de 16 ans normal, cette longueur est d'environ 157 mm.). La largeur de l'encéphale est normale : elle est de 62 mm. sur notre encéphale et de 61 mm. sur le cerveau normal que nous avons pris comme point de comparaison. Il s'ensuit que l'encéphale a un aspect arrondi et non allongé. — Au niveau de la face inférieure de l'encéphale, on remarque encore la *gracilité* du *chiasma*, des *nerfs* et des *bandelettes optiques*, sans modification de couleur.

Les deux hémisphères étant séparés, le *corps calleux* apparaît avec ses dimensions habituelles : il mesure dans le plus grand axe 59 millimètres, alors que sur le cerveau de comparaison il mesure 62 millimètres.

Hémisphère droit. — *Face externe.* — Les circonvolutions

(1) On trouvera les tableaux de la T. à l'entrée, du poids et de la taille, des mensurations de la tête et des membres dans le *Compte-rendu* de 1900, p. 14 15 et 16.

sont assez volumineuses ; elles ne présentent aucune anomalie dans aucune des régions.

Face interne. — Rien d'anormal à noter.

Face inférieure. — La circonvolution fusiforme et la circon-



Fig. 36. — Lecl... (René) en juin 1899.

volution de l'hippocampe, particulièrement l'uncus, paraissent plus volumineux que les autres circonvolutions. En résumé, rien de spécial sur la morphologie de l'hémisphère droit. Il n'y a à signaler, en plus, que quelques adhérences de la *pie-mère*, au niveau des circonvolutions pariétales et frontales.

Hémisphère gauche. — Sur la face interne et la face externe, morphologie normale. Quelques adhérences de la *pie-mère* analogues à celles de l'hémisphère droit. Au niveau de la face inférieure, on remarque, comme à droite, le volume un peu considérable des circonvolutions temporo-occipitales.

Cervelet. — Le *cervelet* est nettement *atrophié* dans sa totalité : les hémisphères, le vermis, les lobules pneumogastriques, sont très proportionnellement diminués de volume. Le grand axe transversal du cervelet est de 75 millimètres (sur le cerveau de comparaison, il est de 103 millimètres). Le diamètre maximum de l'hémisphère gauche mesuré depuis le cap bordant l'incisure postérieure et passant par le point culminant de la face inférieure est de 42 millim.. Sur le cervelet normal, il est de 64 millim. (Pl. VIII). Pour l'hémisphère droit, il est de 44 millimètres sur notre cervelet et de 53 sur le cervelet normal.

Le *bulbe* a gardé un volume normal, les olives sont saillantes, leur longueur est à peu près normale, 14 millimètres au lieu de 16 millimètres. La largeur est de 5 millimètres au lieu de 8 millimètres. Le *pont de Varole* est très diminué de hauteur, 15 millimètres au lieu de 24 millimètres. La largeur des pédoncules immédiatement au-dessus de la protubérance est aussi au-dessous de la normale, 17 millimètres au lieu de 21 millimètres.

La *moelle* est d'aspect un peu grêle. — L'*examen histologique* en a été pratiqué. Après avoir été chromée, elle a été colorée suivant la méthode de Weigert, et suivant la méthode de de Pal avec surcoloration à la cochenille. Au niveau du renflement cervical, on trouve une légère dilatation du canal de l'épendyme. La substance grise est normale. Il y a une diminution des fibres sans sclérose dans le cordon antérieur, au niveau du faisceau pyramidal direct mais surtout dans le cordon latéral au niveau du faisceau pyramidal croisé. Il y a conservation de fibres dans le faiscau de Gowers, dans le faisceau cérébelleux et dans une zone formant bordure de la substance blanche à la périphérie de la moelle. Légère diminution du nombre des fibres dans la partie antérieure du cordon postérieur. Au niveau de la 6e dorsale, même disposition des lésions. Au niveau du renflement lombaire les seules modifications sont les suivantes : il n'y a plus d'apparence de conservation des fibres dans la zone bordante du cordon latéral ni dans le faisceau cérébelleux.

Réflexions. — I. La juxtaposition des deux obser-

vations des frères Lecl. . a un double intérêt : *clinique* et *anatomique*.

1° L'*intérêt clinique* réside dans la similitude des affections dont étaient atteints les deux frères : ils présentaient tous deux les symptômes cérébro-spinaux qui caractérisent la *diplégie spasmodique cérébrale infantile*. Tous deux étaient atteints d'*idiotie complète*. La première question qui se posait était de savoir s'il s'agissait là d'une affection familiale. Suivant Pauly et Bonne, pour mériter ce qualificatif, une affection doit : *a*) atteindre, sans changer de forme, plusieurs enfants d'une même génération ; — *b*) débuter à peu près au même âge chez tous les enfants de cette génération ; — *c*) être cliniquement indépendante de toute influence extérieure, d'une affection acquise ou d'un accident de la vie intra-utérine ; — *d*) ces caractères doivent constituer la règle et non l'exception. Dans le double cas que nous présentons. il y a, à côté de nos deux malades, cinq enfants qui n'ont eu aucune affection semblable. De plus, si nous pouvons à peu près affirmer l'absence de syphilis et l'absence de traumatisme obstétrical, nous ne pouvons être certains de l'absence de convulsions ni d'infection méningitique. Celui de nos enfants qui est mort a eu la rougeole dont l'influence sur la maladie nons paraît douteuse. Aussi croyons-nous pouvoir conclure à la nature familiale de l'affection.

2° L'*intérêt anatomique* de l'autopsie de René Lecl... réside dans l'*atrophie cérébelleuse* que nous avons constatée. L'atrophie cérébelleuse est rare. Tous les cas observés sont rapportés dans la thèse de Thomas et le nombre des atrophies bilatérales est de 28. Dansce nombre, certains cas ont été des trouvailles d'autopsie chez des gens déjà avancés en âge, les autres ont été révélés cliniquement par l'apparition de

symptômes cérébelleux plus ou moins nets, trois cas enfin semblent se rapprocher du nôtre et dater de l'enfance. C'est le cas de Duguet, observé chez un enfant de 17 ans qui avait présenté uniquement des troubles de la parole, et dont une sœur était idiote ; c'est le cas de Spiller chez un jeune homme de 19 ans qui avait présenté des troubles de la parole, du strabisme interne et quelques troubles de la motilité des membres inférieurs. Enfin c'est le cas de Combettes qui consiste en une absence complète du cervelet chez une enfant morte à 11 ans et qui avait présenté aussi des troubles moteurs des membres inférieurs et des troubles de la parole.

II. Nous ne croyons pas que l'atrophie cérébelleuse dans notre cas suffise à expliquer la symptomatologie de l'affection : dans la mœlle en effet, la dégénérescence occupe les faisceaux pyramidaux. Nous ne sommes point autorisés à affirmer que nous trouverons une atrophie cérébelleuse à l'autopsie d'André Lecl... et dans cette hypothèse quelle sera la caractéristique anatomique de son affection ? Mais il est permis actuellement de le supposer, aussi nous a-il paru intéressant de juxtaposer aujourd'hui l'observation clinique d'André Lecl... encore vivant à l'observation anatomo-clinique de son frère René. (Voir Pl. I, II et III.)

III. Au point de vue de l'*hérédité*, nous trouvons du *côté paternel*, un oncle *buveur*, une cousine *hémiplégique*, et du *côté maternel*, une petite cousine *épileptique*, un cousin *alcoolique*, et un autre, d'un degré très éloigné, *sourd-muet*. En somme, hérédité modérément chargée. Collatéralement, un *frère idiot*, André, et un *frère arriéré*.

IV. Mentionnons l'*hypothermie* très notable (34°,4)

que l'autopsie n'a pas expliquée. Nous avons observé le même phénomène chez d'autres idiots, qui étaient *cachectiques*. Or, tel n'était pas le cas ici, car le *poids* après décès était de 19 kil. 800, c'est-à-dire supérieur à celui qui avait été constaté six mois plus tôt.

*
* *

Nous avons communiqué au *Congrès international de médecine de* 1900 (section de neurologie) et publié dans notre *Compte-rendu* de 1900 l'*histoire clinique* des deux frères Lecl... (René) et Lecl... (André) et l'*étude anatomique du système nerveux* du frère aîné (Lecl... René) dont nous avions pu faire l'autopsie (1).

Nous publions aujourd'hui la fin de l'*observation* du frère cadet (Lecl... André) et les résultats de son *autopsie* : l'hypothèse que nous avons faite en 1900 sur la nature familiale de cette affection se trouve pleinement confirmée.

SUITE DE L'OBSERVATION D'A. LEC.. (1899-1903). — *Contracture progressive de plus en plus accentuée : recroquevillement. Amaigrissement extrême jusqu'à* 13 k. *et* 9 k.. *Hypothermie jusqu'à* 36°, 34°, et 33°,8. — *Pas d'albuminurie.*
AUTOPSIE. — (Mars 1902). — *Broncho-pneumonie à gauche. — Bronchite généralisée. — Cerveau macroscopiquement normal; atrophie ponto-cérébelleuse identique à celle de son frère aîné.*

Lecl.... (André Eugéne), né le 7 octobre 1886, est entré à Bicêtre à l'âge de 10 ans le 22 juin 1897, sur un certificat de M. Magnan, le déclarant atteint *d'idiotie, gâtisme et paraplégie.*

(1) Cette observation avec les photographies des malades et celles de l'encéphale du décédé a été reproduite dans le n° 17 du *Progrès médical* (1901, p. 273).

Son histoire détaillée que résume le sommaire, est jointe à celle de son frère dans la publication que nous avons faite, Nous reprenons, ici, l'observation, là où nous l'avons laissée c'est-à-dire depuis le mois de juin 1900.



Fig. **37. — Le Clèr... en 1901.**

Températures à l'entrée.

			Soir.	Matin.
22	juin	1er jour	37°,1	»
23	—	2e —	37°,2	37°,1
24	—	3e —	37°,3	37°,2
25	—	4e —	37°,1	37°
26	—	5e —	37°	37°

1900. *Juin.* — L'examen du malade fait constater une *contracture* en flexion des membres supérieurs portant surtout sur l'avant-bras ; les mains restent au contraire souples et tombantes. Les membres inférieurs sont aussi contracturés en flexion. Les réflexes du poignet sont exagérés, ainsi que



Fig. 38 — Le Clèr... en 1902.

les réflexes rotuliens. Il n'y a pas de clonus du pied. Les réflexes plantaires sont en flexion. Le malade est atteint d'*idiotie complète* avec *diplégie cérébrale infantile.* On relève chez lui une *asymétrie* crânienne aux dépens du côté droit, et une *malformation thoracique* caractérisée par la proéminence de l'extrémité inférieure du sternum.

. L'enfant gâte nuit et jour. Il ne comprend absolument rien, ne fait rien de ses mains si ce n'est porter son pain à sa bouche.

Puberté (14 ans). Verge : longueur 4 cm.; circonférence 4 cm. Testicules de la grosseur d'un pois. Glabre partout ; quelques poils follets sur les membres inférieurs.

1901. 22 *janvier.* — *Taille :* 0m94, soit 52 cent. au-dessous de la taille moyenne à son âge qui est de 1m469 (Quetelet). Le *nanisme* est bien évident. *(Fig. 37).*

Juillet. — L'enfant se contracture de plus en plus. Quand il est assis sur sa chaise, le corps est plié en deux et la tête penchée en dehors du siège. Il est grand gâteux nuit et jour, comme auparavant, ne comprend rien et ne dit aucun mot.

1902. *Janvier.*—La *contracture* a augmenté: les cuisses et les jambes sont plus fléchies qu'autrefois, le varus équin des pieds n'a pas augmenté. La flexion et la pronation des avant-bras, la flexion du corps ont augmenté. La contracture est presque irréductible aux membres inférieurs. La recherche des réflexes est difficile à cause de la contracture. Le facies de l'enfant, porte *huit* ans alors qu'il en a *quinze*. Poids : 14 k.800. Par suite du recroquevillement du corps, il est difficile d'avoir sa taille exacte. Elle paraît être de 1m 08.

Puberté. État glabre de tout le corps. Testicules : petit œuf de serin. Verge : 3 cm. sur 3 cm.

Juillet. — L'enfant, après avoir beaucoup maigri, a une tendance à reprendre. Il mange beaucoup et ne pleurniche plus comme auparavant.

Examen au point de vue des stigmates de dégénérescence et de l'infantilisme. — Asymétrie crânienne ; plagiocéphalie ; asymétrie frontofaciale. On constate la présence d'un épi. Il existe un *strabisme divergent.* Il y a une saillie très marquée du maxillaire supérieur et du maxillaire inférieur. Les dents sont très écartées, amorphes, jaunâtres. Le tronc est cylindrique, petit, peu développé, il n'y a pas de proéminence de l'abdomen. Tout le tronc présente une courbure antéro-postérieure concave en avant. L'émaciation est générale, la peau est fine, le corps est glabre.

Examen des oreilles. — *Oreille droite* : grande, allongée, écartée du crâne. Hauteur 6 cm., largeur 6 cm. L'hélix est ourlé irrégulièrement, étroit en haut, assez large à son ori-

gine et à sa partie moyenne. L'anthélix est bien marqué. Le tragus est petit, l'antitragus est large, un peu renversé en dedans. La fossette scaphoïde est bien dessinée, la fossette de l'anthélix est assez superficielle. La conque est profonde, triangulaire, la racine de l'hélix la sépare en deux parties. Le lobule est large, mince, peu haut, légèrement soudé, un peu renversé en arrière. Le conduit auditif est large. Il n'y a pas d'écoulement d'oreille.

Oreille gauche. Hauteur : 5 cm. 5, largeur : 3 cm. 2. L'hélix est bien marqué. L'anthélix est semblable à celui de l'oreille droite. Le tragus est petit ; l'antitragus est renversé un peu en dedans. La fossette scaphoïde est bien marquée. La fossette de l'anthélix est peu accusée. La conque est triangulaire, profonde, la racine de l'hélix ne la sépare pas complètement. Le lobule est large, un peu épais, légèrement soudé, très peu haut. Le conduit auditif est large, ne présente rien de particulier.

Novembre. — L'enfant mange moins, il maigrit depuis une quinzaine de jours. *(Fig. 38).*

1903. *Janvier.* — L'enfant a eu une *syncope* pendant qu'on lui donnait un bain. Il revient facilement à lui. T. R. 35°. Pouls : 80. L'enfant avait continué à s'alimenter un peu depuis novembre. On ne constate pas chez lui d'autres symptômes morbides.

L'examen des organes ne montre rien de particulier. Les bruits du cœur sont bien frappés, mais assez rapides. Rien à l'auscultation des poumons. Pas de troubles digestifs : l'enfant est comme toujours constipé. Pas d'anorexie.

15 *janvier.* — T. R. 35° ; P. 110.

16 *janvier.* — A 7 h. du matin, la température rectale prise avec deux thermomètres successivement, laissés un quart d'heure, marque 34°,4.

A 2 heures de l'après midi, on pratique un enveloppement chaud avec couvertures de laine et bouillotes. Cet enveloppement dure une heure et demie. A l'intérieur de ce milieu, le thermomètre mis dans le rectum, pendant toute la durée de l'enveloppement, marque 35°,4.

17 *janvier.* — 7 h. du matin : T. R. 37° ; à 9 h. 1/2 du matin 37°,9. P. 140. Face rouge, injectée. Toux légère.

18 *janvier.* — T. R. 36°,4. P. 130, bien frappé. On constate quelques râles de bronchite. L'enfant se cachectise, geint, sans cesse, s'amaigrit.

19 *janvier.* — On constate encore des râles de bronchite.

Du 19 *au* 22 *janvier.* — Le pouls bat de 90 à 100.

Du 22 *janvier au* 1er *février*, l'enfant prend peu à peu une teinte cachectique et s'amaigrit. On ne constate aucun trouble fonctionnel du côté du tube digestif, ni du côté de l'appareil pulmonaire et circulatoire. L'enfant ne tousse plus. La température oscille entre 36° et 37°. Le pouls est bien frappé ; il oscille autour de 90.

La contracture en flexion des membres inférieurs s'est encore accentuée et a atteint le maximum possible : les cuisses sont fléchies de telle sorte que leur face antérieure est en contact avec la partie antérieure de l'abdomen et que les jambes sont appliqués contre la face postérieure des cuisses. Le pied reste en attitude normale. Les membres supérieurs sont contracturés en flexion. (*Fig.* 38.)

Les réflexes plantaires sont en flexion. Il n'y a pas de clonus du pied. Les réflexes rotuliens ne sont pas perceptibles : il en est de même pour les réflexes du poignet.

Février. — L'état général est toujours semblable. L'hypothermie réapparait : la température descend fréquemment au-dessous de 37°, et de 36°. Le pouls oscille aux environs de 70 pulsations. — 19 *février : Poids :* 10 kilos.

22 *février.* — L'aspect de l'enfant est semblable « à celui d'un singe ou d'un chien » (notes de l'infirmière). La physionomie exprime la souffrance, Lecl.. pousse de temps à autre des cris plaintifs qui n'ont pour ainsi dire rien d'humain. En un mot, l'aspect de cet enfant est repoussant. Le visage est décharné, le front est plissé. Les maxillaires sont nettement dessinés. Les yeux sont injectés, toujours larmoyants ; les paupières sont collées le matin. Le regard est vague, presque éteint. Ler.. regarde machinalement quiconque passe devant lui. Le corps de l'enfant est immobile : la tête seule se tourne automatiquement à droite et à gauche ou se soulève légèrement. La maigreur est extrême, cadavérique. Les os font saillie partout. Les bras sont repliés sur la poitrine et les mains posées sur les avant-bras. Les bras sont collés contre le tronc, les avant-bras repliés sur le tronc, les mains à angle aigu sur l'avant-bras ; les pouces fléchis transversalement dans la paume de la main, les quatre autres doigts fléchis sur le pouce. Il existe une contracture très prononcée des épaules et des coudes qu'on ne peut étendre complètement. La contracture du poignet peut être vaincue ainsi que celle des doigts. Ces mouvements provoqués sont douloureux

et arrachent des cris à l'enfant. Durant ces cris, les rides de la face s'accusent au niveau de la lèvre supérieure, des joues, du nez, des paupières.

Quant aux membres inférieurs, les cuisses sont complétement fléchies sur le tronc, et le genou est collé sur la face externe du bras au-dessous de la tête de l'humérus. Les jambes sont complétement fléchies sur les cuisses, collées contre elles, le talon reposant sur les fesses. Il existe une rigidité invincible des hanches et des genoux. Les pieds sont relevés fortement sur les hanches, la face dorsale regardant un peu en dehors. Il existe une contracture très prononcée des pieds, prédominant à droite. Le cou-de-pied est rigide, mais moins que les hanches. Les orteils sont légèrement fléchis.

L'enfant présente de chaque côté des cinq dernières vertébres dorsales et au niveau du sacrum de petites *ulcérations* de 12mm sur 8. Tous les muscles sont réduits, par exemple les pectoraux ont l'aspect de simples membranes. Le ventre est tout à fait rétracté. Il est impossible de l'examiner, les cuisses rétractées le recouvrant complétement. Les sternocléïdomastoïdiens sont nettement dessinés. Le cou est un peu raide, mais on peut faire disparaître cette raideur.

L'enfant ne tousse pas, il s'affaiblit et maigrit de jour en jour. Il n'y a pas de vomissements, pas de diarrhée, mais un peu de tendance à la constipation. L'enfant ne prend aucune nourriture solide, il boit environ six verres de lait par jour qu'il prend à la cuiller. On lui délaye deux œufs dans son lait : il prend le tout avec appétit. Les nuits sont mauvaises et agitées : il n'a pour ainsi dire pas de sommeil, il crie une partie de la nuit, mais par contre dormirait une partie de la journée. T. R. 35° et 36°.

26 *février*. — Examen des *urines*. (M. Wille, interne en pharmacie.) — Albumine : néant. — Urée à la température de 15°, 16 gr. par litre.

1er *mars*. — La température oscille entre 35° et 38°. Le pouls est petit, lent. L'amaigrissement continue : il n'y a ni toux, ni diarrhée.

4 *mars*. — L'enfant s'affaiblit de plus en plus ; sa maigreur s'accentue encore. La température est descendue à 35°. *Poids :* 9 k.200 au lieu de 47 k. 500, c'est-à-dire 38 k. 300 au-dessous de la moyenne à son âge (16 ans et demi).

6 *mars*. — L'enfant prend le lait moins bien que les jours précédents. On ne remarque rien à l'examen de la bouche et de la gorge. Les yeux sont larmoyants et vitreux, fortement excavés dans les orbites. T.R. 34°,8 et 35°,1.

Mesures de la tête.

	1897	1899		1902		1903
	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.	Juil.	Janv.
Circonférence horizontale maxima	47	47	47	47	47.5	47
Demi-circonférence bi-auriculaire	32	32	32	32	33	33
Distance de l'articulation occipito-atloïdienne à la racine du nez	31	32	32	32	33	34
Diamètre antéro-postérieur maximum	16	16	16.5	16.5	16.5	16.5
— bi-auriculaire —	11.5	12	12	12	12.5	12.5
— bi-pariétal —	13.5	13.5	14	14	14.5	14.5
— bi-temporal —	11.5	11.5	11.5	11.5	12.5	12.5
Hauteur médiane du front	6	6	5	5	5.5	5.5

Membres supérieurs.

	1898		1900		1903	
	D.	G.	D.	G.	D.	G.
Circonférence au niveau de l'aisselle	15	15	12	12	11	11
Circonférence à 0m10 au-dessus de l'olécrâne.	14	14	12	12	9.5	9.5
Circonférence à 0m10 au-dessous de l'olécrâ°.	13	13	14	13	10	10
Circonférence au niveau du poignet	11	11	9	9	9.5	9.5
Circonférence au niveau du métacarpe	13.5	13.5	12	12.5	12	12
Distance de l'acromion à l'olécrâne	25	25	24	24	26	26
Distance de l'olécrâne à l'apophyse styloïdienne du cubitus	16	16	18	18	19	19
Distance du cubitus à l'extrémité du médius	15	15	14.5	14.5	16	16
Membres inférieurs.						
Circonférence au niveau de l'aine	26	26	19	19	18	18
Circonférence à 0m10 au-dessus de la rotule.	22	22	15	14	14.5	14
Circonférence à 0m10 au-dessous de la rotule.	16	16	13	12	11	11
Circonférence au niveau du cou-de-pied	15.3	15.3	10	10	12.5	12.5
Circonférence à la partie moyenne du pied	14.5	14.5	14.5	14.5	14	14
Distance de l'épine iliaque ant.-supér. à l'interligne articulaire du genou	34	34	31	30	29	29
Distance de l'interligne à la malléole externe	23	23	4	25	25	25
Distance de la malléole exter. à l'ext. du médius	14	14	13.5	14.5	15	15

8 *mars.* — L'enfant ne prend plus que quelques gouttes de lait qui sont rejetées aussitôt. La dyspnée est intense, l'abattement complet. L'aspect est cadavérique. L'enfant meurt à cinq heures du soir, sans cri, ni râle, mais la physionomie est grimaçante. *Poids après décès* : 9 k.

Tableau du poids et de la taille.

	1897		1898		1899		1900		1901		1902		1903
	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.
Poids......	»	14.7	16.2	14.7	13.6	13.5	14.5	15	13.5	14.7	14.8	14.2	12
Taille......	»	»	»	»	»	»	»	»	0.94	1.08	1.08	»	»

Il a été impossible d'allonger les membres aussitôt après pour mesurer la taille.

Température après la mort	....	35°,2
1/4 d'heure après	....	35°
1/2 heure après	....	34°,5
1 heure —	....	33°
2 — —	....	30°
4 — —	....	25°,1
5 — —	....	20°.3
8 — —	....	14°,5
10 — —	....	14°,4
12 — —	....	14°,1

T. de la chambre : 10°

AUTOPSIE faite le 10 mars, 40 heures après la mort.

TÊTE. — Le *cuir chevelu* est maigre. Les *os du crâne* sont minces, presque entièrement transparents. Il y a une *synostose absolue de la suture sagittale.* Les fosses cérébrales sont peu profondes, il n'y a pas d'anomalies apparentes des vaisseaux. — La *dure-mère* est saine. Le *trou occipital* est normal. Rien n'est à noter du côté de la *glande pinéale*, du *corps pituitaire*, ni des nerfs et des tubercules mamillaires qui sont symétriques.

ENCÉPHALE. — Le *cerveau*, dans son ensemble, a une forme légèrement ronde, moins accentuée cependant que celle du

cerveau de son frère. La longueur du grand axe fronto-occipital est de 153mm (sur un cerveau de seize ans normal, cette longueur est d'environ 157mm et chez Lec... (René), elle n'était que de 121mm); cette longueur n'est donc pas très diminuée. La largeur d'un hémisphère est de 62mm, c'est-à-dire la largeur de l'hémisphère normal. Les dimensions sont donc sensiblement celles d'un hémisphère normal d'un enfant de 16 ans. Cependant la forme en paraît un peu plus arrondie. — Le *chiasma*, les *bandelettes optiques* sont normaux dans leurs dimensions, dans leur coloration. — Le *corps calleux* possède des dimensions normales ou un peu au-dessus de la normale (62mm); il mesure 68mm. Celui de Lec... (René) mesurait 59mm seulement. (PL. IX.)

HÉMISPHÈRE DROIT. — *Face externe*. On ne constate aucune anomalie à un premier examen. Les circonvolutions sont de volume normal, il n'y a pas d'atrophie, ni de lésions.

La décortication se fait facilement, sans entrainer la substance corticale : il n'y a pas de méningo-encéphalite appréciable, ni de lésions en foyer.

Face inférieure et face interne. — Elles ne présentent rien d'anormal. La décortication s'y fait aussi facilement que sur la face externe.

HÉMISPHÈRE GAUCHE. — Cet hémisphère n'a pas été décortiqué. Il ne présente aucune anomalie, ni aucune lésion apparente sur les circonvolutions de la face interne, de la face externe, de la face inférieure. (Réservé pour *examen histologique*).

La méninge donne en quelques endroits l'apparence d'être un peu épaissie, mais si on tente sur ces points la décortication, on voit qu'elle se fait facilement et normalement. Il n'y a donc pas là davantage de méningo-encéphalite.

CERVELET.—Il existe une *atrophie régulière et uniforme* portant sur les deux hémisphères, sur le vermis, sur les lobules pneumogastriques. Le grand axe transversal du cervelet est de 76mm (Il est de 103mm sur le cervelet normal de comparaison. Il était de 75mm chez Lecl.. (André). Le diamètre maximum de l'hémisphère gauche mesuré depuis le cap bordant l'incisure postérieure et passant par le point culminant de la face inférieure est de 46mm. Il est de 64mm sur le cervelet normal et de 42mm chez Lecl.. (André). A droite, ce diamètre est de 47mm, il est de 44mm chez Lecl.. (André).

Le *bulbe* semble atteint par l'atrophie. Le *pont de Varole*

est lui-même manifestement atrophié. Quant à la largeur des *pédoncules*, elle ne paraît pas diminuée.

COU et THORAX. — Les deux *poumons* sont le siège de *bronchite généralisée.*

Le *poumon gauche* présente un foyer de *broncho-pneumonie.* Il n'y a rien de particulier du côté du péricarde, ni du cœur. — Pas de persistance du trou de Botal. Aucune adhérence des plèvres, pas d'épanchement.

ABDOMEN. — Il n'y a rien de particulier dans la cavité péritonéale; rien de particulier à l'estomac, ni aux intestins. Le *cæcum* est pourvu d'un *appendice* très long (10 cm.) qui est accolé par sa face postérieure au péritoine. Le mésentère contient un certain nombre de ganglions légèrement tuméfiés. Le *foie* est un peu dur, mais n'offre aucune lésion extérieurement ou à la coupe. — La *rate* est également un peu dure, mais n'est pas anormale à la surface ni à la coupe. Les *capsules surrénales* et les *reins* sont normaux. — Les *testicules* se trouvent dans le canal inguinal. Rien de particulier du côté de l'anus.

La cause de la mort est la broncho-pneumonie.

Poids des organes.

Cerveau	848
Hémisphère cérébral droit	400
— — gauche	395
Hémisphère cérébelleux droit	30
— — gauche	34
Bulbe et protubérance	60
Moelle épinière	25
Cœur	65
Poumon droit	85
— gauche	170
Foie	350
Rate	25
Rein droit	50
— gauche	45

RÉFLEXIONS. — I. L'intérêt capital qui se dégage de l'observation d'André Lec... réside dans la constatation d'une *atrophie cérébelleuse* semblable à celle que nous avons trouvée à l'autopsie de son frère aîné, René Lec...

Déjà, *cliniquement,* les deux malades nous avaient semblé identiques et nous avions émis l'hypothèse que la lésion constatée à l'autopsie du premier malade serait aussi constatée à celle du deuxième. L'évènement nous a donné raison.

Notre deuxième malade est mort à 16 ans, comme son frère aîné, et nous avons pu, ainsi qu'on l'a vu plus haut, vérifier notre diagnostic : il s'agit d'une *atrophie cérébelleuse familiale.* Nous ne connaissons, pas plus qu'en 1900, d'autre exemple de cette affection familiale.

Tableau des Températures.

1903	M.	S.	1903	M.	S.	1903	M.	S.
Janv. 12	»	36°	Févr. 1	36°, 9	36°, 6	Févr. 21	35°, 6	35°, 8
— 13	35°	35°, 4	— 2	36°, 2	36°, 8	— 22	35°, 6	36°
— 14	34°	35°	— 3	35°	35°, 4	— 23	35°, 8	36°
— 15	35°	33°, 8	— 4	36°, 7	36°, 5	— 24	35°, 8	36°, 2
— 16	34°, 2	35°, 4	— 5	36°, 9	36°, 9	— 25	36°	35°, 8
— 17	37°	37°, 4	— 6	36°, 4	36°, 7	— 26	35°, 6	36°
— 18	36°, 4	37°, 3	— 7	36°, 2	36°, 7	— 27	35°, 7	36°
— 19	36°, 8	38°, 3	— 8	37°, 1	36°, 5	— 28	35°, 7	36°, 1
— 20	36°, 5	37°, 5	— 9	37°, 3	36°, 6	Mars 1	35°, 6	35°, 8
— 21	38°	37°	— 10	37°, 1	37°, 2	— 2	35°, 5	36°, 2
— 22	36°, 2	37°, 2	— 11	36°, 5	37°	— 3	35°, 7	36°, 2
— 23	37°, 5	37°, 2	— 12	36°, 2	36°, 8	— 4	35°, 6	35°, 2
— 24	37°, 4	36°, 3	— 13	36°, 4	36°, 8	— 5	35°, 2	35°, 4
— 25	38°, 8	36°, 1	— 14	36°, 2	37°, 1	— 6	34°, 8	35°, 2
— 26	37°	36°, 2	— 15	36°, 1	36°, 7	— 7	**34°**	**34°, 7**
— 27	37°	36°, 4	— 16	36°, 2	36°, 6	— 8	36°	»
— 28	37°, 7	36°, 2	— 17	36°, 1	36°, 7			
— 29	36°, 6	36°, 2	— 18	36°, 2	36°, 6			
— 30	36°, 2	36°, 1	— 19	36°, 2	36°, 8			
— 31	36°, 4	36°, 8	— 20	36°	36°, 5			

II. Accessoirement, nous attirerons l'attention sur la *cachexie* de ce malade qui a été extrême et qui a fait descendre son *poids* à 9 kilog., alors que le poids moyen d'un enfant de son âge (16 ans et demi) est de 47 k. 500. Le poids de son frère s'était abaissé dans de moindres proportions : 19 k. 700.

III. Nous relevons aussi chez notre malade une *hypothermie* remarquable, plus accentuée que celle que nous avions enregistrée chez l'aîné et qui ne peut pas être davantage expliquée, sauf par la *cachexie* arrivée à un degré véritablement squelettique. Le tableau ci-dessus permet d'apprécier la marche de l'hypothermie, qui dans ce cas s'est prolongée plus de deux mois.

Nous avons eu soin, comme toujours, lorsqu'il s'agit de *températures anormales*, de vérifier l'hypothermie en prenant simultanément la température rectale avec deux thermomètres, bien appliqués durant 5, 10 et même 15 minutes. De plus, nous faisons contrôler nos thermomètres, afin de nous assurer que les températures notées sont bien exactes.

IV. Les frères Lecl... nous fournissent deux beaux exemples de *nanisme* avec *infantilisme*.

Lec... (René), à 14 ans, mesurait un mètre, soit *quarante sept centimètres* en moins de la taille moyenne à cet âge (1). En juilet 1899, à 15 ans et demi, avant la cachexie, il pesait 19 kilogr. 700 soit 25 kilogr. en moins du poids moyen.

En 1901, à 16 ans, alors qu'il ne s'était pas encore recroquevillé, Lec... (André) avait CINQUANTE-DEUX

(1) Dans la dernière année de sa vie, le recroquevillement a empêché de prendre sa taille.

CENTIMÈTRES au-dessous de la taille moyenne de son âge.

Les détails que nous avons donnés sur l'aspect général des malades, de leur face en particulier, sur l'absence de développement du système pileux (visage, aisselles, pénil) et sur l'arrêt de développement des organes génitaux ne laissent aucun doute sur la réalité de l'*infantilisme*.

XXIII.

Hypothermie ;

PAR BOURNEVILLE.

Nous avons publié un grand nombre d'exemples d'hypothermie due à des causes multiples. Nous en avons cité quelques-uns dans notre *Compte-rendu* de 1901 (p. 166 et 169) et nous avons ajouté aux anciens, sept cas nouveaux, que nous réindiquons avec 12 cas récents dans le tableau suivant.

Dans quelques-uns des cas d'hypothermie, occasionnée par un *état cachectique* (idiotie ou épilepsie) qui n'est pas sans analogie avec l'*athrepsie des nouveau-nés*, il est survenu une broncho-pneumonie ou une congestion pulmonaire. Malgré cette complication terminale, l'hypothermie a persisté.

Pour facilter la tâche à ceux qui voudraient traiter cette intéressante question, nous rappellerons que nous avons signalé l'abaissement de la température centrale dans l'*apoplexie cérébrale* (1870); dans l'*urémie* (1871) (1); dans la *maladie bleue* (1880) (2); le *myxœdème infantile* (1880) (3); l'*abstinence* (4); dans la *mélancolie*, etc.

---

(1) *De la température dans l'urémie* (*Revue phot. des hôp. de Paris*, 1871, p. 147, etc ; — *Rech. cliniq. et thermométriques dans les maladies du système nerveux*, etc., etc.)

(2) *Note sur la maladie bleue ; température centrale*, en collaboration avec d'Olier (*Soc. anat*,, 1880, *Progrès médical*, 1880, p. 163, *Compte-rendu* de 1880).

(3) *Note sur un cas de crétinisme avec myxœdème* (*Compte-rendu* de 1880, p. 16). — Voir nos autres travaux sur le myxœdème infantile dans les *Comptes-rendus* de 1886 à ce jour.

(4) *Un idiot jeûneur* (*Ibid.*, p. 23).

NOMS.	AGE.	SEXE.	DIAGNOSTIC.	T. R. LA PLUS BASSE.
Feldma.....	4 ans 1/2	F.	Idiotie microcéphalique.	24°
Bouche.....	8 ans	—	Idiotie. Paraplégie.	30°
Bois........	7 ans	G.	Idiotie.	30°
Poliatsch ...	8 ans	—	Idiotie. Épilepsie.	33°,8
Lec. (André).	16 ans	—	Idiotie complète. Paraplégie.	33°,8
Pet.........	14 ans	—	Idiotie.	34°
Lecl. (René).	16 ans	—	Idiotie complète. Diplégie.	34°,4
Forg........	15 ans	F.	Idiotie. Épilepsie.	34°,8
Tho. (Louise)	2 ans	—	Idiotie myxœdémateuse.	35°,1
Binvig......	5 ans 1/2	G.	Imbécillité. Hydrocéphalie.	35°,2
Ame........	7 ans 1/2	—	Idiotie.	35°,4
Ada.........	7 ans 1/2	—	Idiotie.	35°,7
Ramo.......	14 ans	—	Idiotie. Épilepsie.	35°,8
Dezot.......	12 ans	—	Idiotie.	35°,8
Bertouil.....	21 ans	F.	Idiotie. Épilepsie.	35°,8
Girard......	9 ans	—	Idiotie. Épilepsie.	35°,9
Poire.......	13 ans	—	Imbécillité.	36°
Delom......	10 ans	—	Imbécillité. Nanisme.	36°
Greni.......	12 ans	—	Idiotie.	36°
Sard........	4 ans	—	Idiotie complète.	36°,2

XXIV.

Inégalité de poids des hémisphères cérébraux et cérébelleux ;

Par **BOURNEVILLE.**

Le tableau qui suit résume les cas dans lesquels nous avons trouvé, à l'autopsie, une inégalité de poids des *hémisphères cérébraux*. Nous les avons classés d'après le chiffre de la différence, en commençant par les plus élevées (350 gr., 320, etc.). Nous y avons joint les pesées des *hémisphères cérébelleux*. Pour être complet, ce tableau devrait comprendre le poids du cerveau et du cervelet des enfants normaux du même âge que nos décédés. Nous essaierons de combler cette lacune l'an prochain.

Tel qu'il est, il présente un certain intérêt, car il permet de comparer l'inégalité des hémisphères cérébraux à celle des hémisphères cérébelleux.

Cette statistique méritait enfin d'être placée après les deux beaux cas d'*atrophie cérébelleuse* qui précèdent.

Noms.	Age.	Diagnostic.	Poids. du cerveau
Viv........	7 ans 1/2	Idiotie. Porencéphalie vraie.	730
Dufo.......	15 ans	Épilepsie. Hémiplégie gauche. Pseudo-porencéphalie.	800
Doucer.....	21 ans	Imbécillité. Épilepsie. Hémiplégie droite.	650
Reg........	19 ans	Idiotie symptomatique de pseudo-porencéphalie.	815
Hugu......	4 ans 1/2	Idiotie symptomatique de sclérose atrophique de l'hémisphère gauche et de méningo-encéphalite de l'hémisphère droit.	660
Harr.......	11 ans	Alcoolisme. Épilepsie. Hémiplégie gauche.	880
Lefe........	19 ans	Idiotie symptomatique de pseudo-porencéphalie.	900
Gaill.......	10 ans	Idiotie et épilepsie symptomatique de pseudo-porencéphalie unilatérale.	732
Gaut.......	13 ans	Imbécillité. Hémiplégie droite.	1.120
Tou-s......	15 ans	Idiotie. Épilepsie.	870
Cop........	18 ans	Idiotie. Épilepsie.	935
Dumor.....	14 ans	Épilepsie. Hémiplégie gauche.	1.055
Salbr......	3 ans	Idiotie hydrocéphalique. Épilepsie. Hémiplégie droite.	765
Sorla......	8 ans	Idiotie hydrocéphaliqne.	980
Fau........	8 ans	Idiotie. Pseudo- porencéphalie.	520
Beck.......	14 ans	Épilepsie.	900
Isel........	7 ans	Idiotie. Hémiplégie droite.	773
Wir........	3 ans 1/2	Idiotie complète.	715
Jol.........	19 ans 1/2	Imbécillité. Épilepsie. Hémiplégie. Double craniectomie.	935
Boussu.....	20 ans	Imbécillité. Épilepsie. Hémiplégie droite.	1.070

Poids des hémisphères cérébraux. D.	G.	Différence.	Poids du cervelet.	Poids des hémisphères cérébelleux. D.	G.	Différence.	Bibliographie.
190	540	350	170	90	80	10	C.-R. 1891, p. 96.
240	560	320	160	85	75	10	— 1895, p. 53.
465	185	280	97	45	55	10	— 1896, p. 82.
540	275	265	155	75	80	5	— 1890, p. 198.
460	200	260	120	55	65	10	— 1892, p. 132.
310	570	260	115	63	52	9	— 1896, p. 207.
335	565	230	149	77	72	5	— 1884, p. 56.
477	255	222	110	Égaux			— 1897, p. 54.
665	455	210	164	72	92	10	»
530	340	190	118	53	65	12	»
390	545	155	146	69	77	8	»
455	600	145	130	70	60	10	»
455	310	145	102	50	52	2	»
560	420	140	160	75	85	10	— 1893, p. 265.
330	190	140	130	Égaux			— 1890, p. 181.
520	380	140	145	70	75	5	»
455	318	137	95	45	50	5	»
290	425	135	114	Égaux			»
535	400	135	140	Égaux			Th. Rellay, 1898. p 18
600	470	130	140	65	75	10	C.-R. 1883, p. 103.

Noms.	Age.	Diagnostic.	Poids du cerveau.
Bourgui ...	7 ans 1/2	Idiotie. Épilepsie.	790
Bel.........	17 ans	Épilepsie. Hémiplégie gauche.	920
Harra......	16 ans	Épilepsie. Perforation crânienne.	1.051
Louva......	8 ans	Idiotie symptomatique de sclérose atrophique.	590
Pot	5 ans 1/2	Idiotie complète symptomatique de porencéphalie double.	660
Hagu.......	33 ans	Épilepsie. Hémiplégie droite.	850
Rob........	6 ans	Idiotie.	920
Vautr......	11 ans	Idiotie. Épilepsie.	980
Parina......	18 ans	Épilepsie apoplectiforme.	1.000
Brene......	18 ans	Épilepsie. Hémiplégie gauche.	1.045
Le Borg....	18 ans	Épilepsie. Idiotie. Microcéphalie.	580
Pinte.......	4 ans	Idiotie.	465
Goffi.......	7 ans	Idiotie. Épilepsie.	655
Ren........	5 ans	Idiotie symptomatique de pseudo-porencéphalie double.	465
Grar........	24 ans	Idiotie symptomatique de pseudo-porencéphalie double.	938
Abri........	13 ans	Idiotie. Épilepsie. Hémiplégie droite.	905
Chiffl.......	5 ans	Imbécillité. Épilepsie.	880
Lién	15 ans	Idiotie congénitale par asphyxie. Paraplégie spasmodique. Épilepsie.	1.010
Le T..ll.....	19 ans	Épilepsie hémiplégique consécutive à une méningite.	1.045
Cluz	7 ans	Idiotie complète.	700
Lefe. A	21 ans	Idiotie. Épilepsie.	1.070
Dura.......	4 ans	Idiotie.	870
Van-Gel....	9 ans	Idiotie. Épilepsie.	1.025
Mézera.....	15 ans	Imbécillité. Athétose double.	985

Poids des hémisphères cérébraux.		Différence.	Poids du cervelet.	Poids des hémisphères cérébelleux.		Différence.	Bibliographie.
D.	G.			D.	G.		
335	455	120	130	Égaux			C. R. 1883, p. 103.
400	520	120	140	75	65	10	—
466	585	119	140	65	75	10	Th. Rellay, 1898, p. 47. (Incomplet).
355	240	115	105	50	55	5	C.-R. 1892, p. 216 et 310.
385	275	110	78	32	47	15	— 1890, p. 178.
480	370	110	155	Égaux			»
355	565	110	155	Égaux			»
435	545	110	160	Égaux			— 1883, p. 60.
445	555	110	160	85	75	10	»
575	470	105	135	Égaux			»
340	240	100	130	Égaux			»
185	280	95	72	32	40	8	»
375	280	95					»
278	187	91	52	22	30	8	— 1886, p. 162
424	514	90	130	55	75	20	— 1884, p. 2.
495	410	85	125	60	65	5	»
400	480	80	115	55	60	5	»
550	460	90	135	65	70	5	»
560	485	75	160	Égaux			— 1892, p. 28
315	385	70	115	60	55	5	»
570	500	70	120	Égaux			»
400	470	70	130	Égaux			»
545	480	65	140	Égaux			»
525	460	65	150	Égaux			»

Noms.	Age.	Diagnostic.	Poids du cerveau.
Souto	4 ans 1/2	Hémiplégie droite.	485
Revill.....	17 ans	Épilepsie. Idiotie.	1.125
Bais.......		Idiotie hydrocéphalique consécutive à une tumeur du cervelet.	1.100
Laur......	18 ans	Idiotie. Épilepsie.	1.135
Geog......	9 ans 1/2	Idiotie.	525
Guitt......	4 ans	Idiotie. Diplégie avec contracture.	443
Brab	5 ans	Idiotie. Hémiplégie droite.	1.060
Scheff.....	4 ans	Idiotie symptomatique de pseudo-porencéphlie.	605
Dalomon ..	18 ans	Idiotie. Hémiplégie gauche.	1.075
Feyp	23 ans	Idiotie complète. Épilepsie acquise. Paraplégie avec contracture.	1.515
Grai	19 ans	Épilepsie. Atrophie cérébelleuse.	1.515
Mighet	18 ans	Idiotie.	887
Bert.......	4 ans	Idiotie. Contracture des 4 membres.	1.100
Dani	14 ans	Imbécillité. Cécité. Parésie des membres inférieurs. Trépanation.	1.150
Decor	16 ans	Imbécillité. Épilepsie.	1.115
Maiso-ha..	17 ans	Épilepsie. Hémiplégie gauche.	720
Boula	11 ans 1/2	Épilepsie. Hémiplégie infantile.	825
Min	10 ans	Idiotie.	1.125
Dum	9 ans	Idiotie hydrocéphalique.	1.146
Aybr	5 ans	Idiotie complète symptomatique de porencéphalie vraie.	785
Wenze	12 ans	Idiotie.	765
Gauff......	18 ans	Épilepsie.	1.105
Thill	16 ans	Imbécillité. Athétose double.	640
Gene......	8 ans	Idiotie.	560
Fourn	11 ans 1/2	Idiotie. Épilepsie. Hémiplégie gauche.	1.045

Poids des hémisphères cérébraux		Différence.	Poids du cervelet.	Poids des hémisphères cérébelleux.		Différence.	Bibliographie.
D.	G.			G.	D.		
210	275	65	110	Égaux			»
595	530	65	130	Égaux			»
555	545	10	175	65	110	45	— 1892, p. 234.
535	600	65	140	Égaux			»
230	295	65	90	Égaux			»
191	252	61	110	57	53	4	»
500	560	60	130	60	70	10	»
330	275	55	100	Égaux			— 1893, p. 33.
510	565	55	250	130	120	10	»
730	785	55	102	Égaux			»
Égaux			95	55	40	15	»
417	470	53	133	65	68	3	»
575	525	50	140	Égaux			»
600	550	50	102	50	52	2	»
585	530	50	160	Égaux			— 1895 p. 89.
335	385	50	150	Égaux			»
390	435	45	110	Égaux			»
540	585	45	190	Égaux			»
550	595	45	140	Égaux			— 1899.
370	415	45	130	Égaux			— 1897, p. 63.
405	360	45	145	70	75	5	»
575	530	45	124	Égaux			»
340	300	40	138	Égaux			— 1892, p. 77.
260	300	40	140	Égaux			»
555	490	65	120	Égaux			»

NOMS.	AGES.	DIAGNOSTICS.	POIDS DU CERVEAU.
Grosm	14 ans	Idiotie symptomatique de sclérose tubéreuse. Épilepsie.	825
Lero	11 ans 1/2	Idiotie complète. Autophagie.	1.065
Eng.......	3 ans 1/2	Idiotie.	875
Bourd.....	21 ans	Épilepsie.	895
Boutr	19 ans	Imbécillité. Épilepsie. Hémiplégie droite.	1.115
Laver	18 ans	Idiotie. Épilepsie.	985
Buchill....	14 ans	Idiotie congénitale. Épilepsie. Diplégie.	915
Sacr	4 ans	Idiotie microcéphalique.	365
Picr.......	11 ans	Idiotie. Épilepsie.	1.185
Sal........	4 ans	Idiotie microcéphalique. Hémiplégie gauche. Sclérose atrophique.	510
Hama	17 ans	Épilepsie symptomatique.	1.100
Duch	5 ans 1/2	Idiotie congénitale.	680
Guicha	16 ans 1/2	Idiotie symptomatique de sclérose atrophique.	794
Den	11 ans	Épilepsie idiopathique.	1.160
Toutai	8 ans	Idiotie complète.	740
Debed	5 ans	Idiotie complète.	679
Dr	19 ans 1/2	Idiotie. Affaiblissement paralytique du côté gauche.	960
Jau	10 ans 1/2	Idiotie complète.	990
Dio	6 ans	Idiotie.	580

(1) Ce cas, remarquable par la *grande différence* entre les *hémisphères cérébelleux,* aurait dû être placé à la fin du tableau.

Poids des hémisphères cérébraux. D.	G.	Différence.	Poids du cervelet.	Poids des hémisphères cérébelleux. D.	G.	Différence.	Bibliographie.
395	430	35	100	55	45	10	C-R. 1899.
550	515	35	130	Égaux			»
420	455	35	120	Égaux			»
430	465	35	150	Égaux			»
575	540	35	141	72	69	3	»
475	510	35	150	Égaux			»
440	475	35	122	57	65	8	»
165	200	35	68	35	33	2	»
575	610	35	88	35	53	2	»
240	270	30	150	Égaux			C-Rs., 1892 p. 23 et 313, et 1893 p. 42.
565	535	30	180	Égaux			»
325	355	30	116	Égaux			»
412	382	30	140	Égaux			»
595	565	30	150	Égaux			»
355	385	30	120	Égaux			»
352	327	25	124	Égaux			»
450	470	20					»
85	505	20	130	Égaux			»
280	300	20	130	Égaux			»

Travaux scientifiques faits dans le service.

(Thèses et mémoires).

1880.

LEROY (A.). — *De l'état de mal épileptique.* Thèse de Paris.

SÉGLAS (J.). — *De l'influence des maladies intercurrentes sur la marche de l'épilepsie.* Thèse de Paris.

BOURNEVILLE. — *Contribution à l'étude de l'idiotie.* — Ce travail comprend deux parties, dont la seconde a été faite en collaboration avec M. Brissaud. *(Archives de neurologie,* 1880, t. I, p. 69 et 399). — *Contribution à l'étude de la démence épileptique.* (*Archives de neurologie*, 1880, p. 213).

1881.

RIDEL SAILLARD (G.). — *De la cachexie pachydermique (myxœdème des auteurs anglais.)* Thèse de Paris.

D'OLIER (H.). — *De la coexistence de l'hystérie et de l'épilepsie avec manifestations distinctes des deux névroses considérées dans les deux sexes et en particulier chez l'homme.* Mém. qui a obtenu le prix Esquirol. *(Annales médico-psycholog.,* sept. 1881) et tirage à part aux bureaux du *Progrès Médical).*

SADRAIN (G.). — *Étude sur le traitement des attaques d'hystérie et des accès d'épilepsie.* In-8° de 56 p. Th. de Paris.

HUBLÉ (M.). — *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie.* Monobromure de camphre, bromure de zinc, de sodium. Thèse de Paris.

MORLOT (E.). — *Sur une forme grave de l'épilepsie.* Thèse de Paris.

COULBAUT (G.). — *Des lésions de la corne d'Ammon dans l'épilepsie.* Thèse de Paris.

1882.

BRICON (L.). — *Du traitement de l'épilepsie:* Hydrothérapie. — Arsenicaux. — Magnétisme minéral. Aimants. — Sels de pilocarpine, etc. Thèse de Paris.

ROUX (G-L.). — *Traitement de l'épilepsie et de la manie par le bromure d'éthyle.* Thèse de Paris.

WUILLAMIÉ (Th.). — *De l'épilepsie dans l'hémiplégie spasmodique infantile.* Thèse de Paris.

1884.

FÉLIBILIU. — *Contribution à l'étude de la folie de l'enfance.* Thèse de Paris.

1887.

Mme SOLLIER (A.).—*De l'état de la dentition chez les enfants idiots et arriérés.* Thèse de Paris.

1888.

THIBAL. — *Contribution à l'étude de la sclérose tubéreuse ou hypertrophique du cerveau.* Thèse de Paris.

PENASSE. — *Contribution à l'étude des méningites chroniques et spècialement d'une terminaison fréquente chez les enfants, l'Idiotie.* Thèse de Paris.

PISON. — *De l'asymétrie fronto-faciale dans l'épilepsie.* Thèse de Paris.

1889.

CORNET (P.). — *Traitement de l'épilepsie.* Bromures d'or et de camphre, Picrotoxine. Thèse de Paris.

GOTTSCHALK (A.). — *Valeur de l'influence de la consanguinité sur la production de l'idiotie et de l'épilepsie.* Thèse de Paris.

SOLLIER (P.). — *Du rôle de l'hérédité dans l'alcoolisme.*

1891.

SOLLIER (P.). — *Psychologie de l'idiotie et de l'imbécillité.* Thèse de Paris.

RETROUVEY (A.). — *Contribution à l'étude de l'hémiplégie spasmodique infantile.*

1892.

TAQUET. — *De l'oblitération des sutures du crâne chez les idiots.* Thèse de Paris.

VIVIER (A.). — *Contribution à l'étude clinique de l'épilepsie chez les enfants.* Thèse de Paris.

1893

NOIR (J.). — *Étude sur les tics.* Thèse de Paris.

1894.

BOYER (J.). — *Traitement hygiénique et pédagogique de l'idiotie.* — (Prix Belhomme à la Société Médico-psychologique de Paris.)

1895.

LEBLAIS (H.). — *De la puberté dans l'hémiplégie spasmodique infantile.* Thèse de Paris.

1896.

BOULLENGER (F.). — *De l'action de la glande thyroïde sur la croissance.* Thèse de Paris.

GRIFFAULT (G.). — *Contribution à l'étude du traitement de l'idiotie.* Thèse de Paris.

1897.

BOYER (J.). *Éducation du sens musculaire chez l'idiot.* — (Prix Belhomme à la Société Médico-psychologique de Paris.)

1898.

BALLARD. (J.). — *Comment meurent les épileptiques.* Thèse de Paris.

RELLAY (P.). — *Essai sur le traitement chirurgical de l'épilepsie.* Thèse de Paris.

1899.

CESTAN (R.). — *Le syndrôme de Little. Sa valeur nosologique. Sa pathogénie.* Thèse de Paris.

TISSIER (P.). — *De l'influence de l'accouchement anormal sur le développement des troubles cérébraux de l'enfant.* Thèse de Paris.

FÈVRE (A.). — *Du mariage des épileptiques.* Thèse de Paris.

LE DUIGOU (E.). — *Contribution à l'étude du pronostic de l'épilepsie chez les enfants.* Thèse de Paris.

HASLÉ (L.). — *Du bromure de camphre dans le traitement de l'épilepsie.* Thèse de Paris.

1900.

BOURNEVILLE. — *De l'Anatomie pathologique de l'Idiotie* (Rapport fait à la *Section de psychiatrie du Congrès international de médecine de* 1900 (Comptes-rendus de la Section, p. 167).

Mlle PESKER (D.). — *Un cas d'affection familiale à symptômes cérébro-spinaux.* Thèse de Paris.

LEBRETON. — *De la sclérose en plaques chez les enfants.* Thèse de Paris.

DENIS (C.). — *Étude sur un cas anormal de perforation crânienne congénitale.* Thèse de Paris.

PRIME (J.). — *Des accidents toxiques produits par l'éosinate de sodium.* Thèse de Paris.

GILLET (Th.). — *Étude du rôle de la consanguinité dans l'étiologie de l'épilepsie, de l'hystérie, de l'idiotie et de l'imbécillité.* Thèse de Paris.

1901.

PAREUR (P). — *Purpura dans l'Épilepsie.* Thèse de Paris.

ROBIN (E.) — *Contribution à l'étude des malformations dentaires chez les idiots, hystériques et épileptiques.* — Thèse de Paris.

1902.

BOYER (Jules). — *Contribution à l'étude du traitement de l'Idiotie.* Thèse de Paris.

CARTON (J). — *De la Durée de la vie chez les Epileptiques.* Thèse de Paris.

ESMÉNARD (J). — *Contribution à l'étude du Phénomène des orteils dans l'Epilepsie.* Thèse de Paris.

LE ROUX (Henri). — *De l'emploi des verres dans le traitement du strabisme.* Thèse de Paris.

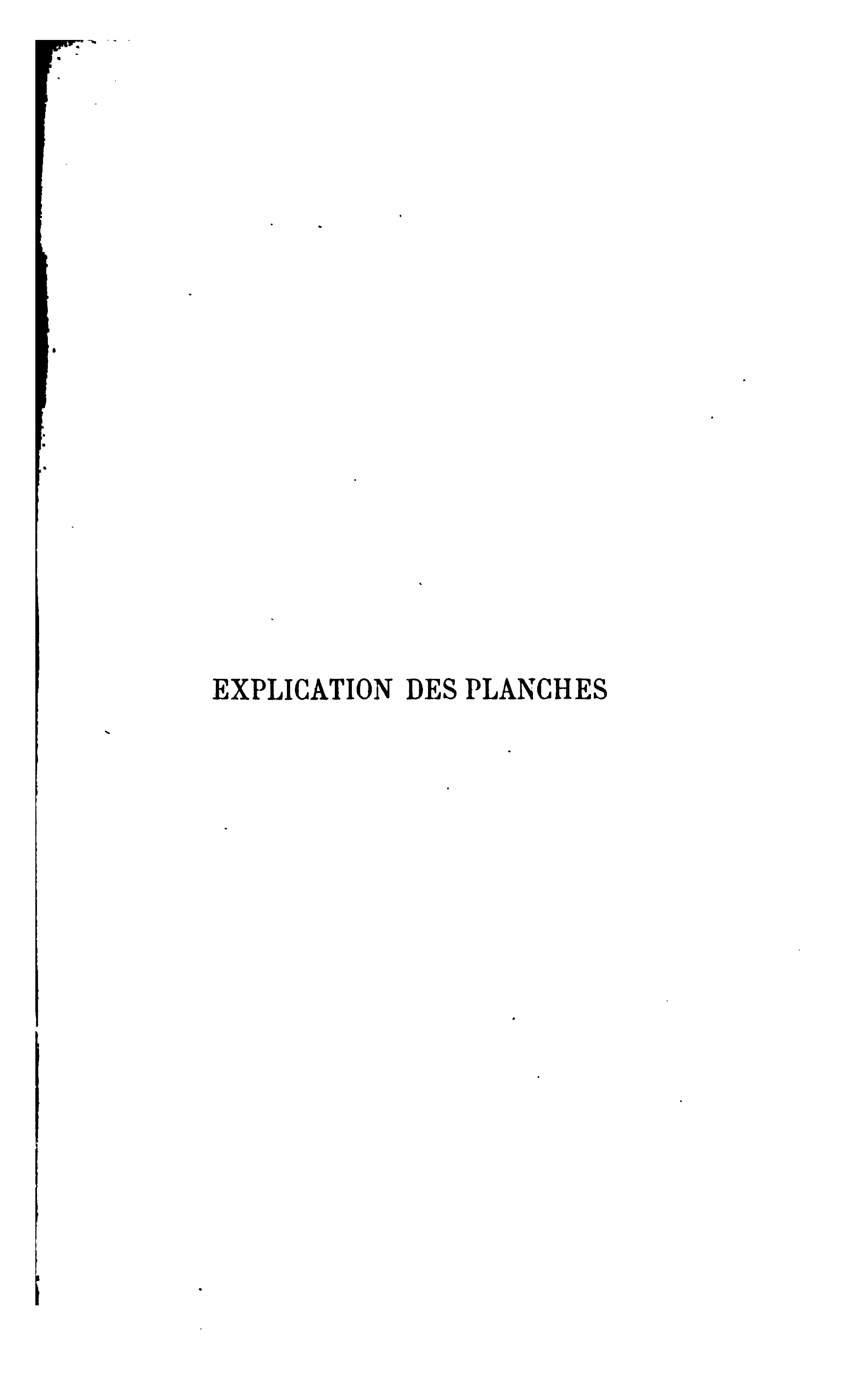
RENOULT (P. L.) — *Contribution à l'étude des rapports de l'Idiotie et du Rachitisme.* Thèse de Paris.

Liste des Internes de notre service (1880-1902)

Années.	Internes titulaires.	Internes provisoires.	Remplaçants (1).
1880	MM. d'Olier......	MM. Négel.......	«
1881	Bonnaire...	Wuillamié..	«
1882	Dauge......	Buret.......	«
1883	Boutier.....	Leflaive.....	«
1884	Budor *.....	Leriche.....	* M. Dubarry a remplacé M. Budor en juillet.
1885	Combarien..	Jonesco.....	«
1886	Conzette....	Baumgarten	«
	Isch-Wall..	Pilliet.......	«
1887	Sollier......	Raoul.......	«
1888	Durand *....	Mathon.....	* M. Renault a remplacé M. Durand en novem.
1889	Camescasse.	Sorel.......	»
1890	Lamy.......	Flœrsheim..	«
	Morax......		
1891	Brézard.....	Banzet......	* M. Condamy a remplacé M. Finet le 12 novembre.
	Finet *......		
1892	Dauriac.....	Noir........	«
	Ferrier.....		
1893	Boncour(P)..	Lenoir......	«
	Bellot.......		
1894	Zeimet......	Dardel......	* M. Dujarrier a remplacé M. Arrizabalaga en août. M. Comte a remplacé M. Dujarrier en septembre.
	Arrizabalaga *		
1895	Tissier......	Rastouil....	«
	Lombard....		
1896	Mettetal.....	Pelisse......	* M. Rellay a remplacé M. Luys en mai.
	Luys *......		
1897	Schwartz...	Godineau...	«
	Jacomet....		
1898	»	Chapotin....	«
		Sébileau....	«
		Katz........	«
1899	Bellin.......	Aubertin....	«
	Poulard.....		
1900	Crouzon *...	Dionis du Séjour......	* M. Izard a remplacé M. Crouzon en juillet.
	Laurens....		

Liste des Internes de notre service (1880-1902)

Années.	Internes titulaires.	Internes provisoires.	Remplaçants.
1901	MM. Ambard * ...	MM. Morel	* M. Izard remplace M Ambard du 1er mai au 1 octobre.
	Heitz *		* M. Lafarge a remplac M. Heitz le 1er octobre.
1902	Lemaire	Lutaud	* M. Max Blumenfeld remplacé M. Villaret l 1er juin.
	Villaret * ...		



EXPLICATION DES PLANCHES

PLANCHE I.

(Obs. de Merc..., p. 13).

Hémisphère droit. Face externe.

F^1, F^2, F^3, 1re, 2e, 3e circonvolutions frontales.
P^1, pli pariétal supérieur.
PA, circonvolution pariétale ascendante.
FA, circonvolution frontale ascendante.
SR, sillon de Rolando.
P^2, pli pariétal inférieur.
P^3, pli courbe.
Sc S., scissure de Sylvius.
LOC, lobe occipital.
LO, lobule orbitaire.
T^1, T^2, T^3, 1re, 2e, 3e circonvolutions temporales.
Sc fs., scissure frontale supérieure.
Sc fi., scissure frontale inférieure.
Sc p., scissure parallèle.
Sc t^2, 2e scissure temporale.

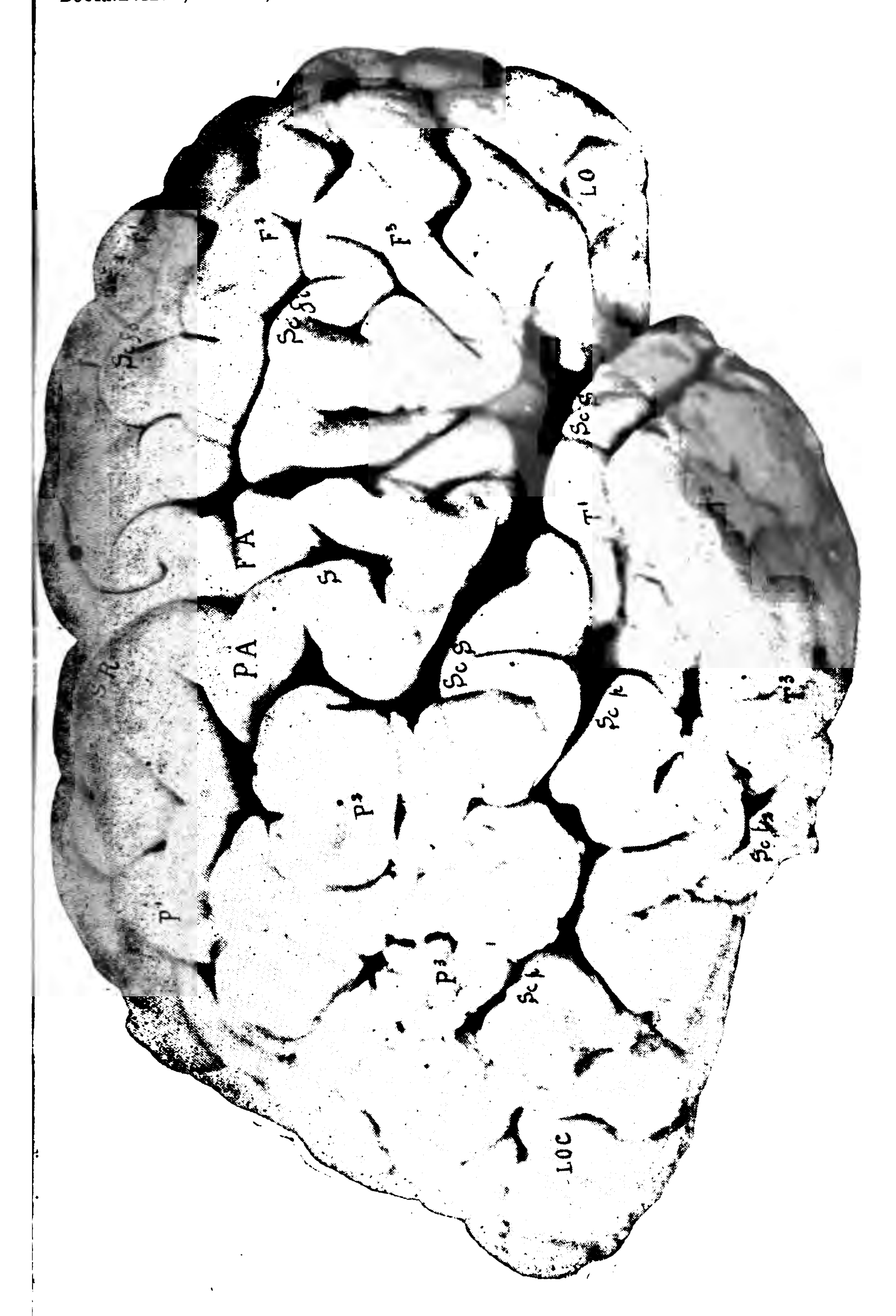

LO
FA
PA
LOC

PLANCHE II.

(Obs. de Merc..., p. 13).

Face interne de l'hémisphère droit.

F^1, Première circonvolution frontale interne.
LP, Lobule paracentral.
CCC, Circonvolution du corps calleux.
CC, Corps calleux.
CS, Corps strié.
CO, Couche optique.
LQ, Lobule quadrilatère.
C, Coin.
P, Pédoncule cérébral.
CA, Corne d'Ammon.
CH, Circonvolution de l'hippocampe.
TO, Circonvolution temporo-occipitale.
Sc cm, Scissure calloso-marginale.
F ca, Scissure calcarine.
Sc to^2, 2e scissure temporo-occipitale.


C
LQ
CC
LF
CO
P
CA
CH
CS
CC
F'

PLANCHE III.

(Obs. de Joha..., p. 62).

Face externe de l'hémisphère droit.

F^1, F^2, F^3, 1ere, 2e, 3e, circonvolutions frontales.
P^1, Pli pariétal supérieur.
P^2, Pli pariétal inférieur.
PC, Pli courbe.
PA, Circonvolution pariétale ascendante.
FA, Circonvolution frontale ascendante.
SR, Sillon de Rolando.
LOC, Lobe occipital.
LO, Lobule orbitaire.
T^1, T^2, T^3, 1ere, 2e, 3e, circonvolutions temporales.
tpc, Pli de passage de T^2 au PC.
to, Pli de passage de T^2 au LOC.
Scp, Scissure parallèle.

(Cette planche et la suivante ont été placées aux pages 62 et 63 du volume).

PLANCHE IV.

(Obs. de Joha.., p. 63.)

Face interne de l'hémisphère droit.

F^1, Première circonvolution frontale interne.
LP, Lobule paracentral.
CCC, Circonvolution du corps calleux.
CC, Corps calleux.
CS, Corps strié.
CO, Couche optique.
LQ, Lobule quadrilatère.
P, Pédoncule cérébral.
CA, Corne d'Ammon.
CH, Circonvolution de l'hippocampe
C, Coin.
LOC, Lobe occipital.
Sc cm, Scissure calloso-marginale.
Sc ip, Scissure interpariétale.

PLANCHE V.

(Obs. de Deba..., p. 109.)

Face externe de l'hémisphère droit.

F^1, F^2, F^3, 1re, 2e, 3e circonvolutions frontales.
LPS, lobe pariétal supérieur.
LPI, lobe pariétal inférieur.
F, fourche.
PA, circonvolution pariétale ascendante.
FA, circonvolution frontale ascendante.
SR, sillon de Rolando.
PC, pli courbe.
LOC, lobe occipital.
LO, lobe orbitaire.
T^1, T^2, T^3, 1re, 2e, 3e circonvolutions temporales
Sc S., scissure de Sylvius.
Sc fs., scissure frontale supérieure.
Sc fi., scissure frontale inférieure.
Sc p, scissure parallèle.

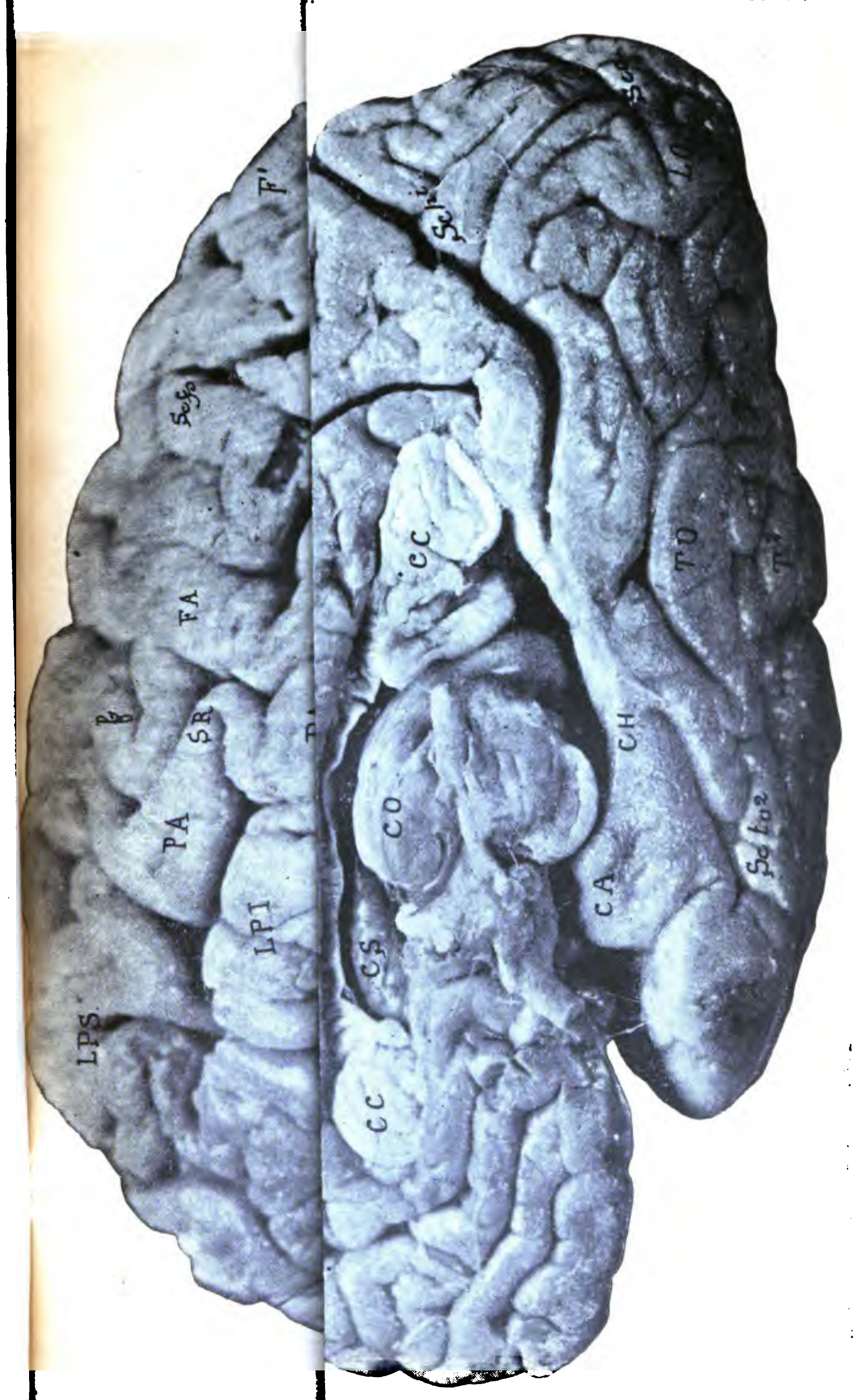

F'
FA
SR
PA
LPI
LPS
CC
CO
CS
CC
CH
CA
TO

PLANCHE VI.

(Obs. de Deba..., p. 110.)

Face interne de l'hémisphère droit.

F^1, Première circonvolution frontale.
LP, Lobule paracentral.
CC, Corps calleux.
CS, Corps strié.
CO, Couche optique.
CA, Corne d'Ammon.
CH, Circonvolution de l'hippocampe.
TO, Circonvolution temporo-occipitale.
T^2, 2e circonvolution temporale.
LO, Lobule orbitaire.
Sc cm, Scissure calloso-marginale.
Sc pi, Scissure perpendiculaire interne.
Sc to^2, 2e Scissure temporo-occipitale.
Sca, Scissure calcarine.

PLANCHE VII.

Squelette de la tête de Deb... (p. 114).

Or, voûte orbitaire. — N, nasion. — H, H plan orbitaire horizontal, passant par le centre de l'orbite et le trou optique, Op. — cc, plan du clivus. — Ow, os wormiens. — R, plan du rocher. — La ligne indiquée sans lettre, entre le plan orbitaire (H, H) et le plan du rocher (R), répond au plan de l'inion. — op, plan du trou occipital. — Les signes XX répondent aux bosses frontales et pariétales. — E, fosse ethmoïdade. — T, fosse temporale. — R, bord supérieur du rocher. — A, trou auditif. — B, basion (bord antérieur du trou occipital).

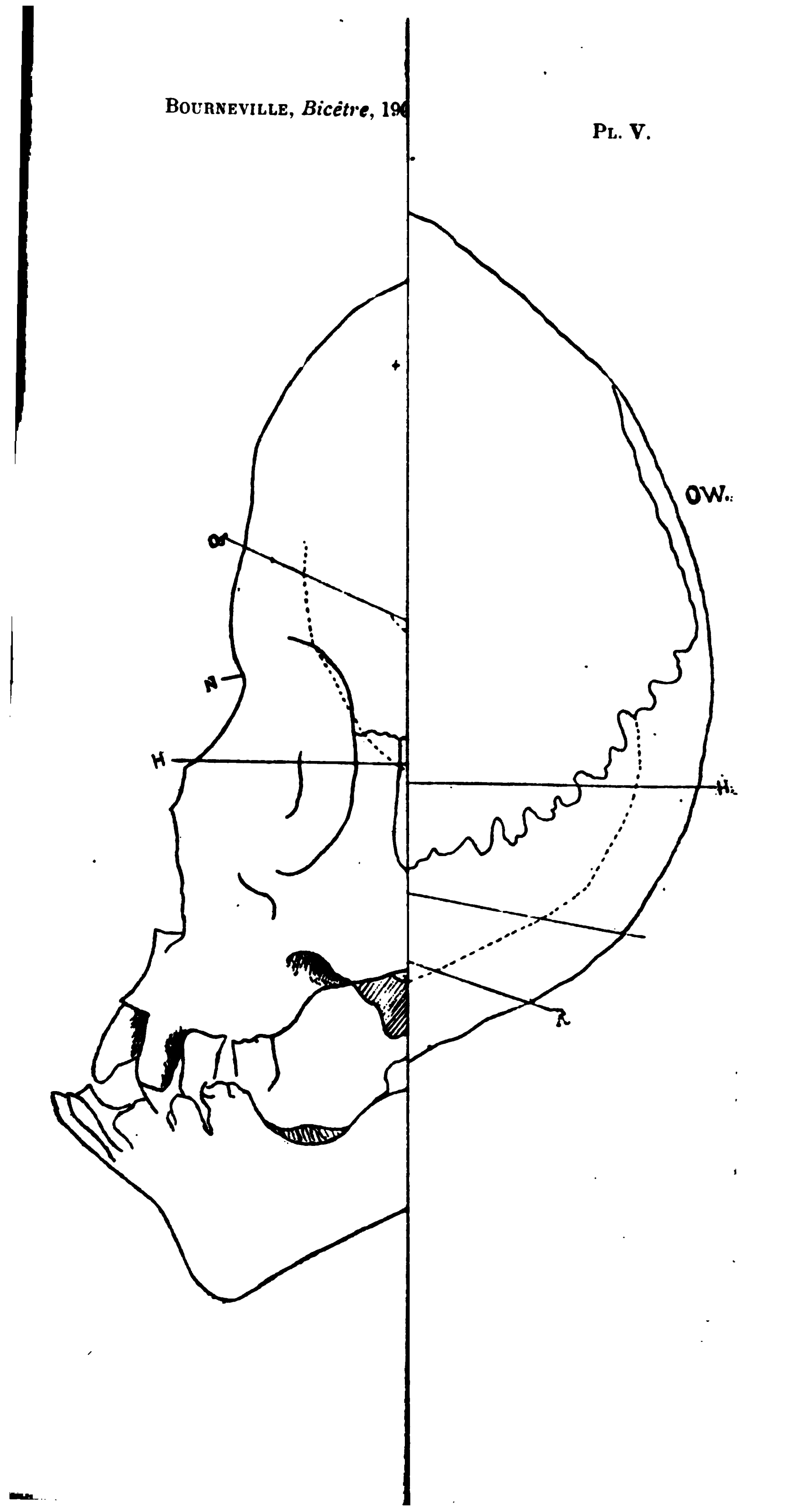

OW.
H
N

PLANCHE VIII.

(Obs. de Lecl... René, p. 246).

Base de l'encéphale montrant l'atrophie considérable du cervelet.

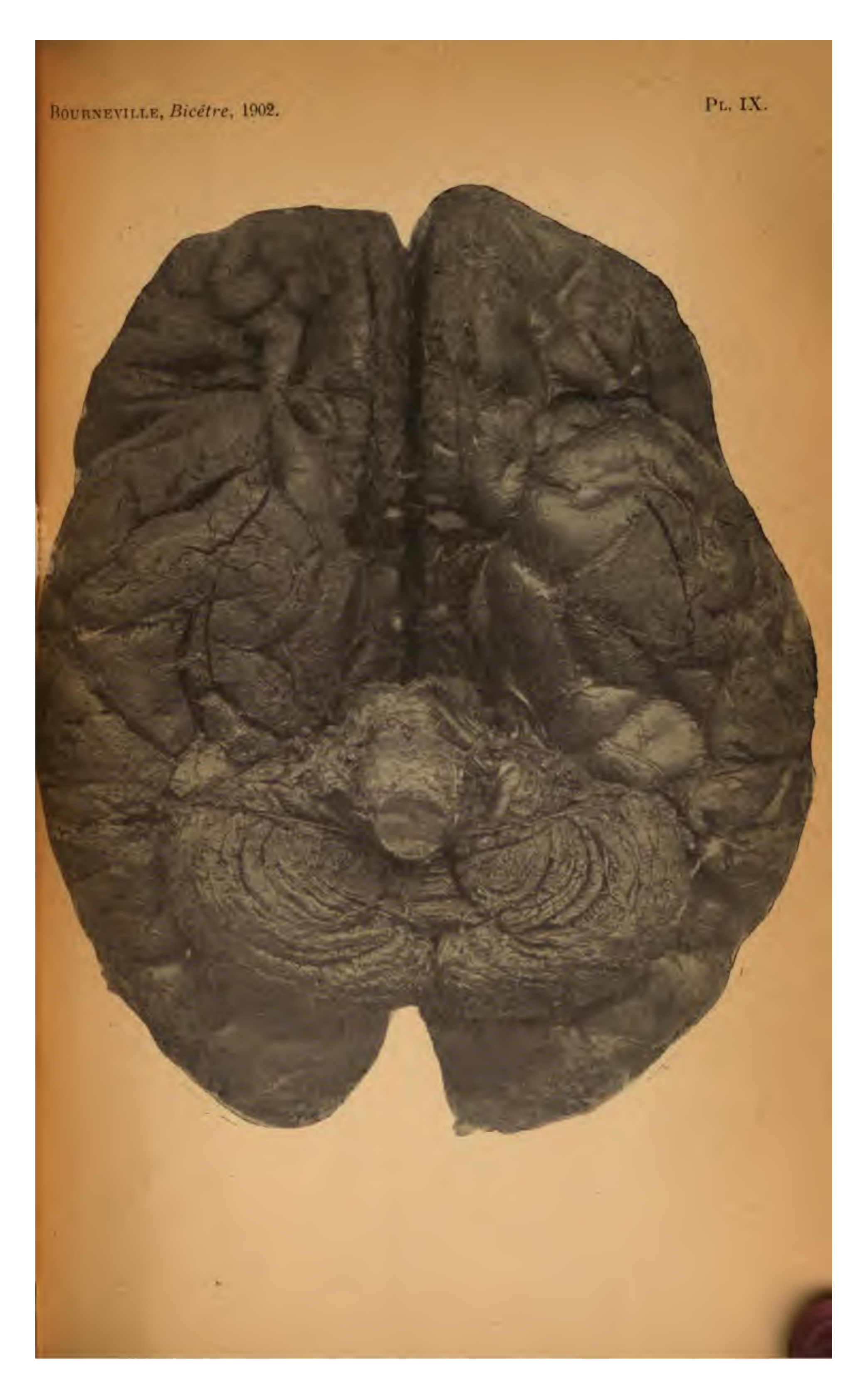
BOURNEVILLE, *Bicêtre*,



PLANCHE IX.

(Obs. de Lecl.. (André, p. 258).

Base de l'encéphale montrant l'atrophie considérable du cervelet.



ERRATA

Page 114, dans la note, au lieu de PLANCHE III, lire PL. V.
— 161, lire Chap. XIII au lieu de XI.
— 169, — XIV — XII.
— 172, — XV — XIII.
— 175, — XVI — XIV.

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE

Histoire du service pendant l'année 1902.

Section I : Bicêtre.

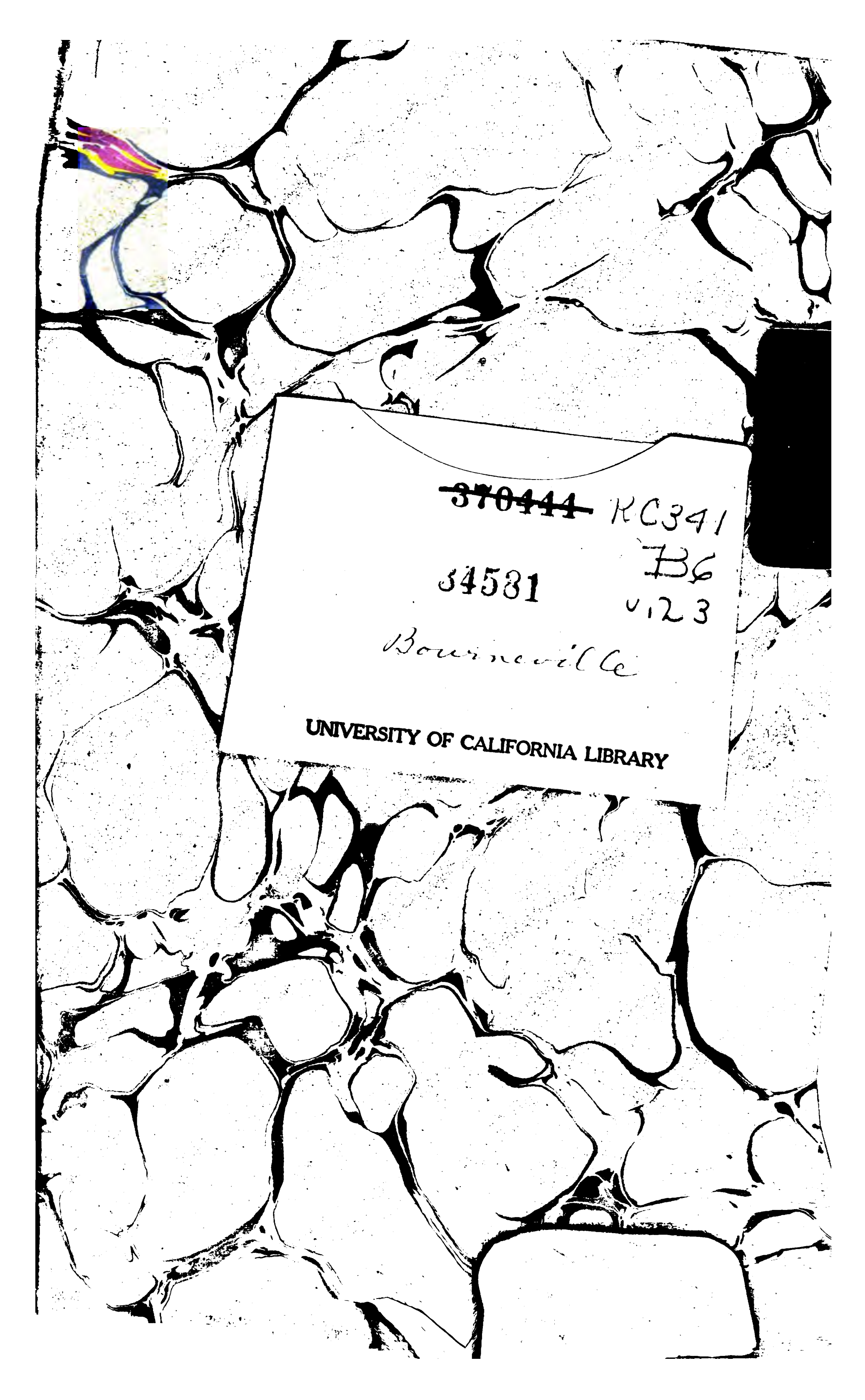
SECTION II : **Fondation Vallée.**

SECTION III. — **Assistance et enseignement.**

DEUXIÈME PARTIE

Clinique, thérapeutique, anatomie pathologique.

IMPRIMERIE DES ENFANTS DE BICÊTRE.


370444 RC341
B6
34531 v.123
Bourneville
UNIVERSITY OF CALIFORNIA LIBRARY